

Carta al Editor

Cuando los datos no bastan: el desafío de una gestión sanitaria informada por evidencia

When Data Is Not Enough: The Challenge of Evidence-Informed Health Management

Stephany Karola Ariansen-Moncada^{1,a,b}

Filiación:

1. Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Gestión en salud, Ministerio de Salud, Lima, Perú
2. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú
- a. Licenciada en enfermería.
- b. Maestría en Enfermería con mención en Gestión.

Correspondencia: Stephany Karola Ariansen-Moncada; skam.241829@gmail.com

ID ORCID del autor
Víctor Piriz Correa

<https://orcid.org/0000-0001-5617-7428>

Declaración de autoría: la autora declara haber participado en la concepción, redacción y revisión crítica del contenido intelectual de este artículo, así como en la aprobación final de la versión que se presenta.

Declaración de conflicto de interés: La autora declara no tener conflictos de interés financieros, personales o institucionales que puedan influir en los resultados o interpretación del estudio.

Financiamiento: El presente estudio fue financiado con recursos propios de la autora y no contó con financiamiento externo de instituciones públicas o privadas.

Recibido: 15-09-2026.

Aceptado: 26-09-2026.

Publicado: 30-09-2026.

Señor Editor,

Los sistemas de salud producen y reciben volúmenes crecientes de datos, información e investigación; sin embargo, su disponibilidad no garantiza que sean incorporados de manera sistemática en las decisiones sanitarias. Esta distancia entre la generación del conocimiento y su utilización continúa siendo un desafío internacional. En 2026, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su primera agenda mundial de investigación sobre traducción del conocimiento y formulación de políticas informadas por evidencia, reconociendo que, pese al crecimiento de la investigación en salud pública, la evidencia aún no se utiliza consistentemente para informar las políticas y la práctica. La agenda identifica 19 prioridades de investigación, entre ellas la institucionalización del uso de evidencia, el fortalecimiento de capacidades, la comprensión de los factores contextuales, la comunicación de resultados y el desarrollo de métodos y herramientas para mejorar su utilización (1).

En este escenario, resulta necesario distinguir entre disponer de datos y disponer de evidencia útil para decidir. Los datos constituyen insumos que adquieren significado cuando son organizados, interpretados y contextualizados; a su vez, la toma de decisiones informada por evidencia supone un proceso más amplio que incorpora la identificación, valoración y movilización de la mejor evidencia disponible (2). Por ello, una decisión informada por evidencia no implica sustituir el juicio del gestor por resultados de investigaciones, sino integrar evidencia científica y otras fuentes pertinentes con las características del problema, el contexto sanitario, los recursos disponibles y las condiciones en las que la decisión será implementada. El desafío no consiste únicamente en producir más información, sino en desarrollar capacidad para transformarla en conocimiento útil para la acción.

Esta transición plantea una cuestión directamente relacionada con las competencias de quienes participan en la gestión sanitaria. Mallidou et al., mediante una revisión de alcance, identificaron 19 competencias centrales para la traducción del conocimiento en el sector salud, agrupadas en conocimientos, habilidades y actitudes (3). Estas incluyen comprender el contexto y el proceso de investigación, conocer fuentes de evidencia, sintetizar conocimiento, utilizar resultados de investigación, comunicar y diseminar hallazgos, colaborar, ejercer liderazgo y facilitar la intermediación del conocimiento. Estos hallazgos muestran que el tránsito desde la producción de conocimiento hacia su utilización no constituye una actividad espontánea: requiere capacidades susceptibles de ser desarrolladas.

La experiencia Latinoamericana aporta un elemento adicional. En Brasil se desarrolló mediante consenso un perfil de competencias para

la formulación de políticas informadas por evidencia aplicable a diferentes contextos de su sistema de salud. El perfil comprende 42 acciones clave distribuidas en gestión sanitaria, investigación científica, sociedad civil, traducción del conocimiento y áreas transversales (4). En el ámbito de la gestión sanitaria se incorporan acciones relacionadas con la comprensión del contexto organizacional, contextualización y utilización de evidencia, formulación de políticas informadas por evidencia, implementación, monitoreo, evaluación y movilización de redes colaborativas. El modelo de Brasil resulta ilustrativo porque vincula las competencias individuales con el entorno organizacional y reconoce que no todas las capacidades tienen que concentrarse necesariamente en una sola persona, sino que pueden distribuirse entre profesionales y equipos (4).

Desde esta perspectiva, incorporar evidencia a la gestión sanitaria no significa convertir al gestor en investigador. Implica que pueda reconocer cuándo una decisión requiere evidencia adicional, formular preguntas pertinentes, identificar o solicitar información confiable, comprender sus fortalezas y limitaciones, valorar su aplicabilidad y dialogar con quienes producen, sintetizan o intermedian conocimiento. La literatura sobre knowledge brokering muestra precisamente la existencia de funciones orientadas a gestionar conocimiento, vincular actores y fortalecer capacidades para facilitar el intercambio entre quienes producen evidencia y quienes pueden utilizarla (5). Aunque la efectividad de estos mecanismos requiere todavía mayor investigación, estas funciones evidencian que entre la generación de conocimiento y la decisión existe un espacio de traducción e interacción que debe ser considerado en la gestión.

No obstante, centrar el problema exclusivamente en las capacidades individuales sería insuficiente. Una revisión interpretativa crítica de 88 publicaciones identificó seis dominios necesarios para institucionalizar la formulación de políticas informadas por evidencia: gobernanza, estándares y procesos rutinarios, alianzas y acción colectiva, liderazgo y compromiso, recursos y cultura organizacional (6). Una síntesis posterior publicada en 2025 volvió a identificar dimensiones semejantes para la institucionalización sostenible de decisiones informadas por evidencia en organizaciones sanitarias (7). En consecuencia, formar gestores capaces de utilizar evidencia constituye solo una parte de la respuesta: las organizaciones también necesitan crear condiciones para que buscar, valorar, discutir y utilizar evidencia deje de depender exclusivamente de iniciativas individuales y se convierta progresivamente en una práctica institucional.

El Perú no parte de cero en este proceso. Hace una década, Van der Stuyft, Soto y Solari ya planteaban la traducción del conocimiento como un

componente relevante para facilitar la utilización de evidencia científica por quienes participan en decisiones de salud pública (8). Asimismo, se han documentado experiencias nacionales en las que evidencia generada por el Instituto Nacional de Salud fue utilizada en procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas y programas de salud (9). En el contexto de las Américas, también se han reconocido avances peruanos en la incorporación de evidencia a determinados procesos decisorios, al mismo tiempo que se han señalado desafíos regionales relacionados con la consolidación y sostenibilidad de las capacidades de traducción del conocimiento (10). Por ello, el desafío actual no debería plantearse como el inicio del uso de evidencia en el país, sino como la oportunidad de avanzar hacia su utilización cada vez más sistemática dentro de los procesos de gestión.

A partir de la convergencia entre los marcos de traducción del conocimiento, los perfiles de competencias para políticas informadas por evidencia y los modelos de institucionalización, pueden reconocerse, con fines conceptuales, seis núcleos funcionales relevantes para la gestión sanitaria: comprender el problema y su contexto; acceder y valorar críticamente la evidencia; sintetizarla y contextualizarla; traducirla y comunicarla; integrarla en la decisión, implementación y evaluación; y liderar condiciones que favorezcan su utilización sistemática (1,3,4,7). Estos núcleos pueden entenderse como un proceso continuo: los datos y problemas identificados generan preguntas; estas orientan la búsqueda y

valoración de evidencia; la evidencia debe ser interpretada en el contexto donde será aplicada; su traducción facilita la deliberación y la decisión; y la implementación, monitoreo y evaluación producen nuevo conocimiento y nuevos datos. El liderazgo y la institucionalización atraviesan todo este ciclo. Esta síntesis no constituye un perfil de competencias validado para el contexto peruano, sino una propuesta conceptual derivada de la convergencia de los marcos revisados que podría orientar su discusión y eventual adaptación.

La publicación de la agenda mundial de la OMS en 2026 ofrece una oportunidad para profundizar esta discusión (1). Si la brecha contemporánea no radica únicamente en producir conocimiento, sino también en lograr que este sea accesible, pertinente y utilizable, fortalecer las competencias para interactuar con la evidencia debería formar parte de la discusión sobre el desarrollo de la gestión sanitaria. Ello supone avanzar desde organizaciones que principalmente producen, reciben o reportan información hacia organizaciones capaces de preguntar, valorar, contextualizar, deliberar, decidir y aprender utilizando la mejor evidencia disponible. El reto de pasar de los datos a la decisión, por tanto, no depende solamente de disponer de más información, sino de desarrollar personas, equipos y organizaciones capaces de convertirla en conocimiento útil para decisiones sanitarias transparentes, contextualizadas y susceptibles de evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global research agenda on knowledge translation and evidence-informed policy-making: prioritizing research for better decision-making. Geneva: WHO; 2026.
2. World Health Organization. Evidence, policy, impact: WHO guide for evidence-informed decision-making. Geneva: WHO; 2022.
3. Mallidou AA, Atherton P, Chan L, Frisch N, Glegg S, Scarrow G. Core knowledge translation competencies: a scoping review. BMC Health Serv Res. 2018;18:502. doi:10.1186/s12913-018-3314-4.
4. Barreto JOM, Romão DMM, Setti C, et al. An evidence-informed policymaking (EIPM) competency profile for the Brazilian Health System developed through consensus: process and outcomes. Health Res Policy Syst. 2023;21:105. doi:10.1186/s12961-023-01052-z.
5. Bornbaum CC, Kornas K, Peirson L, Rosella LC. Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. Implement Sci. 2015;10:162. doi:10.1186/s13012-015-0351-9.
6. Kuchenmüller T, Boeira L, Oliver S, Moat K, El-Jardali F, Barreto J, et al. Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. Health Res Policy Syst. 2022;20. doi:10.1186/s12961-022-00820-7.
7. Toma TS, Barreto JOM, Gomes R, Machado MLT, Riera R, Toledo IP, Silva SF. Critical factors for institutionalizing evidence-informed decision-making in healthcare organizations. Rev Panam Salud Publica. 2025;49. doi:10.26633/RPSP.2025.33.
8. Van der Stuyft N, Soto A, Solari L. Traducción del conocimiento: pautas básicas para los profesionales de la salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3):513-519. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2325.
9. Gutierrez EL, Piazza M, Gutierrez-Aguado A, et al. Uso de la evidencia en políticas y programas de salud: aportes del Instituto Nacional de Salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33(3):580-584. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2308.
10. Pantoja T, Barreto J, Panisset U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. BMJ. 2018;362. doi:10.1136/bmj.k2469.