



**Taller de Escritura y Publicación Científica:
Imagen en la Práctica Clínica y Blog Académico**

Árbol de argumentos: definición del mensaje global y sub-mensajes del artículo

**Jackeline Alger, MD, PhD
Instituto Antonio Vidal, Honduras**

**Santo Domingo, República Dominicana
3 de julio de 2026**



Metodología del Arbol de Argumentos

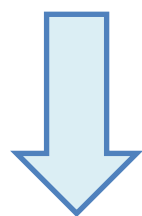
- 1. Antecedentes**
- 2. Escritura y publicación de artículos utilizando el Arbol del Argumentos**
- 3. Ejemplo de un Artículo Original**
- 4. Conclusiones**





1. Antecedentes de la metodología del Arbol de Argumentos

- Metodología incorporada a los talleres de escritura del Sustainable Sciences Institute (SSI), California, Estados Unidos de América
- Implementación de los talleres en el marco del Consorcio The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe a partir de 2024



Twinning entre Instituto Antonio Vidal (Honduras) y Sustainable Sciences Institute (Estados Unidos de América)

Fundamentados en que ambas instituciones tienen intereses comunes dirigidos al fortalecimiento de las capacidades de con énfasis en la divulgación científica, el Sustainable Sciences Institute (SSI), California, Estados Unidos de América, y el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), Tegucigalpa, Honduras, establecieron un Acuerdo de Cooperación a fin de favorecer e incrementen el beneficio mutuo.

Con el Acuerdo de Cooperación se busca reforzar las actividades de hermanamiento (twinning) que ambas instituciones hace cerca de dos décadas y, en el marco del Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe, fortalecer la divulgación científica, la redacción y la publicación, para profesionales e investigadores de Honduras y de la región del Caribe.

El SSI es una fundación privada sin fines de lucro dedicada a desarrollar la investigación científica y la capacidad en zonas del mundo con problemas sanitarios apremiantes. Se espera que a través de las actividades de cooperación que se fortalecerán las capacidades de divulgación científica bajo parámetros de ética y de calidad.

Taller de escritura y publicación biomédica, Honduras, 21 al 25 de octubre de 2024



[Twinning entre Instituto Antonio Vidal \(Honduras\) y Sustainable Sciences Institute \(Estados Unidos de América\) • The Global Health Network LAC](https://lac.tghn.org/)

Con
Sus
des
http

Taller de escritura y publicación biomédica, Honduras, 20 al 24 de octubre de 2025

Se avanza con el propósito de continuar fomentando el liderazgo en investigación para la salud en Honduras. El Hospital Escuela y el Instituto Antonio Vidal con el apoyo del Sustainable Sciences Institute, Estados Unidos de América (SSI, <https://www.sustainablesciences.org/>) y la participación de sus colaboradores, desarrolló un taller de escritura y publicación científica en el marco del Consorcio The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (TGHN LAC, <https://lac.tghn.org/>).



2. Escritura y publicación de artículos: definición del público objetivo

- Es necesario **identificar el mensaje** que se desea transmitir. Un mensaje y una idea clara para el público o audiencia objetivo.
- **Reflexionemos:** ¿Qué de lo que deseamos decir podría ser de interés para aquellos a los que tratamos de comunicar el mensaje?
- **Diferentes formas de comunicación científica:**
 - Presentaciones institucionales
 - Conferencias o congresos nacionales o internacionales, con comunicaciones orales o presentación de carteles (posters)
 - Informes breves de política (policy brief)
 - Revistas locales, revisadas por pares
 - Revistas internacionales, revisadas por pares

En este Taller:

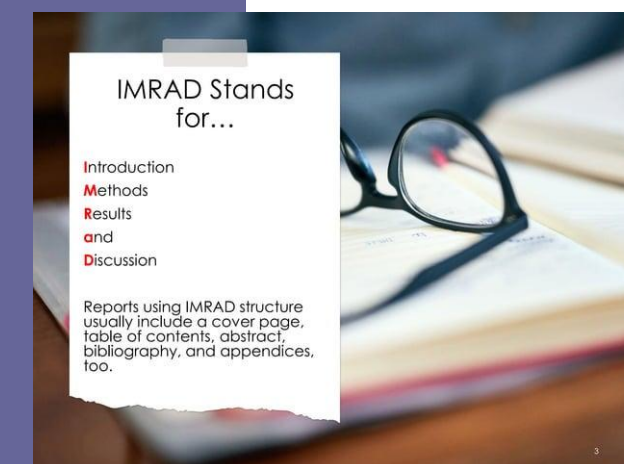
- Teoría: Artículo tipo **Original**: ejemplo para explicar la Metodología del Arbol de Argumentos
- Teoría y Práctica: Artículos tipo **Imagen en la Práctica Clínica y Blog Académico**



Estructura de un Artículo Original Publicado (enfoque cuantitativo o cualitativo)



Formato **IMRYD**



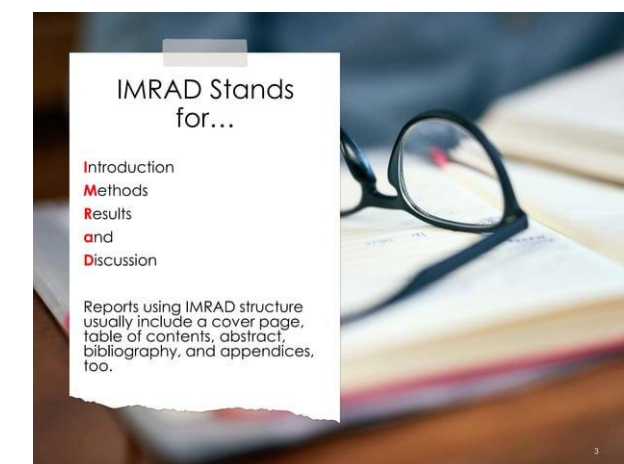


Estructura para la Escritura de un Artículo Original (enfoque cuantitativo o cualitativo)

Formato **IMRYD**

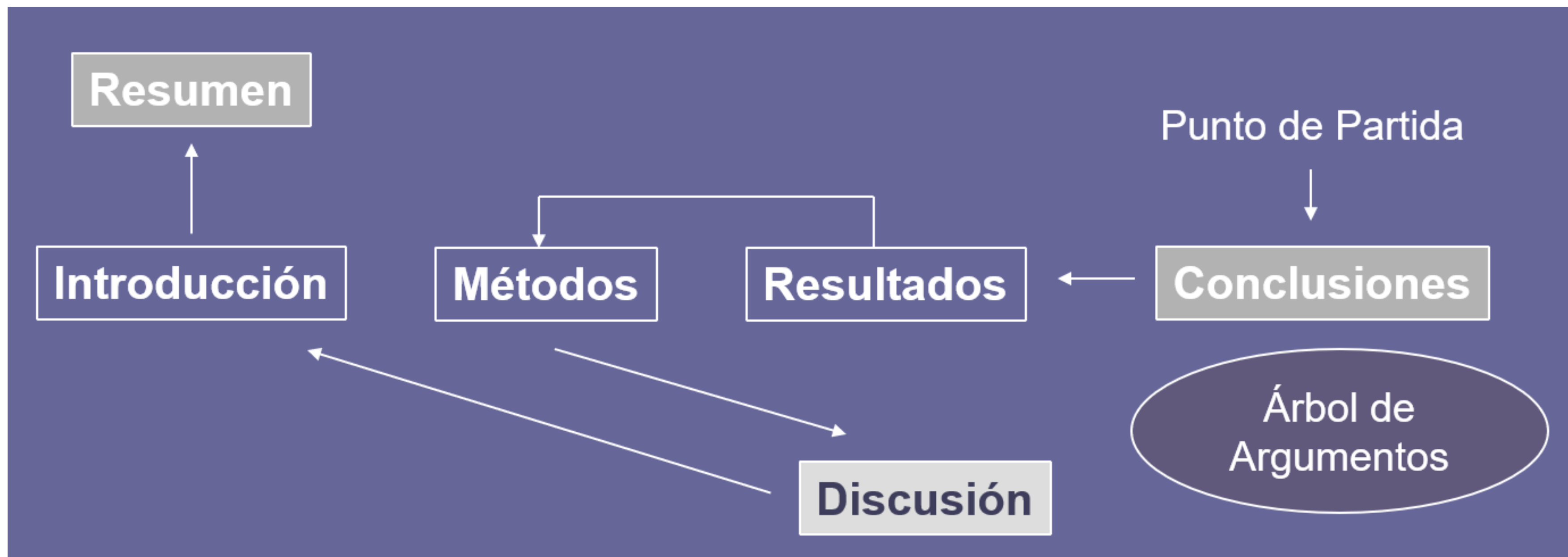
Conclusión: Árbol de argumentos

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| 1. Resultados | <i>¿Que encontró?</i> |
| 2. Metodología | <i>¿Cómo lo hizo?</i> |
| 3. Discusión | <i>¿Qué interpretación da?</i> |
| 4. Introducción | <i>¿De donde partió?</i> |
| 5. Resumen | |





La escritura de un artículo no es un proceso lineal





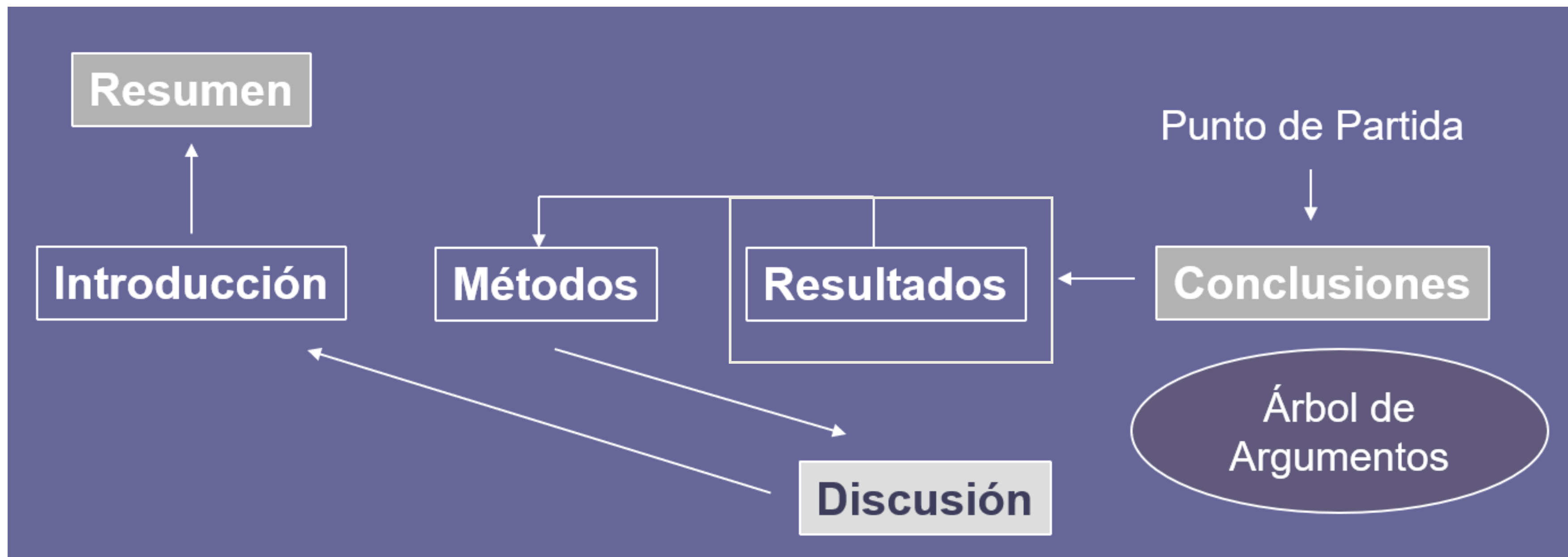
Construcción del árbol de argumentos: Esquema del manuscrito



Arbol de Argumentos:
traducido y adaptado por
Marta Gaviria Londoño y María
Patricia Arbeláez. Profesoras
FNSP, Universidad de
Antioquia, Medellín, Colombia



La escritura de un artículo no es un proceso lineal





Sección de Resultados

Propósito: *Brindar la suficiente información para permitirle al lector llegar a la misma conclusión que usted tuvo, para verificar su conclusión.*

¿Qué debe incluir una sección de resultados?

- Datos de su estudio
- Descripción de los datos
- Análisis de los datos

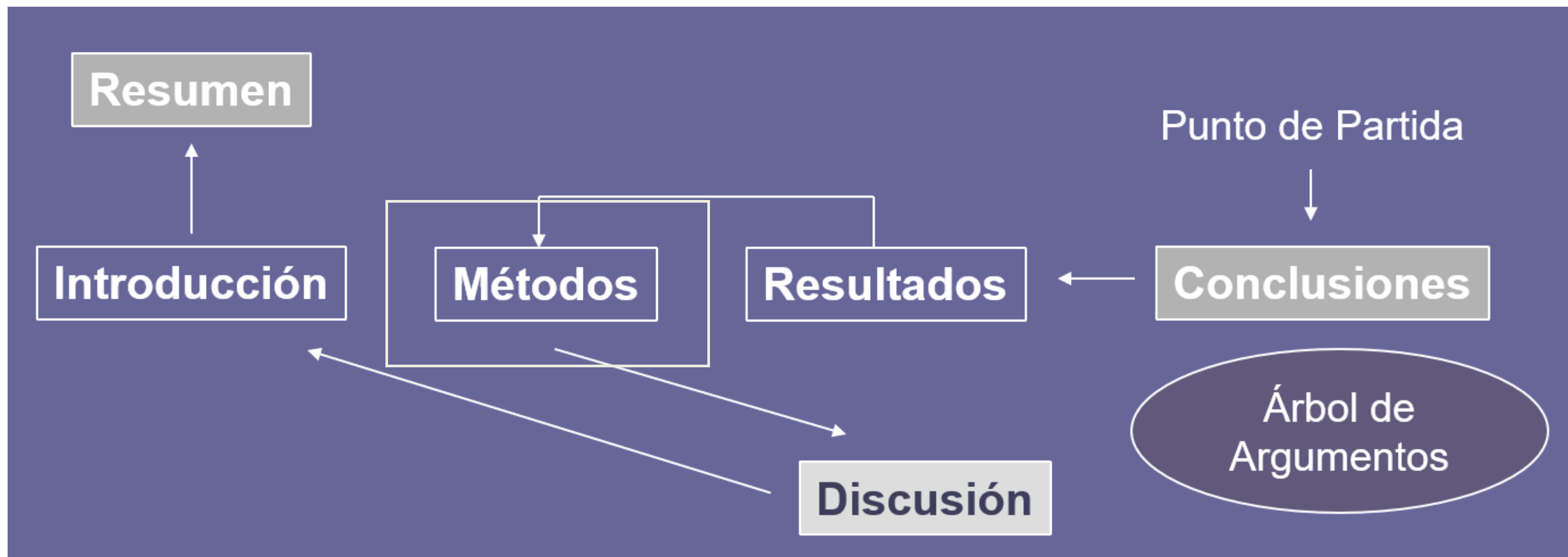
***La sección de
resultados
convierte los datos
relevantes
en información***

¿Qué no debe incluir una sección de resultados?

- Información de contexto
- Discusión, interpretación, puntos de vista personales
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Resultados/datos que no son usados en la sección de discusión
- Referencias



La escritura de un artículo no es un proceso lineal





Sección de Métodos

Propósito: *Describir en una secuencia lógica sobre cómo su estudio fue diseñado y llevado a cabo, cómo fueron analizados sus datos.*

¿Qué debe incluir una sección de métodos?

- Tipo de estudio
- Quién fue estudiado
- Cómo fue hecho el estudio
- Cómo fueron analizados los datos

La sección de métodos es crítica para probar la validez y la confiabilidad de su estudio

¿Qué no debe incluir una sección de métodos?

- Información introductoria y de contexto
- Discusión de la validez y confiabilidad
- Instrumentos (usted puede anexarlo)



Research Article

Tuberculosis control and managed competition in Colombia

[Maria Patricia Arbelaez](#) ✉, [Marta Beatriz Gaviria](#), [Alvaro Franco](#), [Roman Restrepo](#), [Doracelly Hincapié](#), [Erik Blas](#)

First published: 14 December 2004 | <https://doi.org/10.1002/hpm.775> | [VIEW METRICS](#)

3. EJEMPLO – ARTÍCULO ORIGINAL

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia

Traducción

INTERNACIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

Int J Health Plann Mgmt 2004;19:S25-S43.

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hpm.775

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia*

María Patricia Arbeláez^{1**}, Marta Beatriz Gaviria¹, Alvaro Franco¹, Román Restrepo¹, Doracelly Hincapié¹ y Eric Blas².

¹ Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

² UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization, Special programme for Research Training in Tropical Diseases (TDR), Geneva, Switzerland.



Volume 19, Issue S1

Supplement: Health Sector
Reform and Tropical
Diseases: Opportunities and
Threats

October/December 2004

Pages S25-S43

EJEMPLO – ARTÍCULO ORIGINAL

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia

La introducción en Colombia del Modelo de Competencia Regulada -MCR- presentó **deterioro** en el control de la tuberculosis debido a un dominio de la **racionalidad económica** en el sistema de salud y a la **debilidad de la rectoría estatal**

Mensaje global

Cita del artículo:

Arbelaez, M.P., Gaviria, M.B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D. and Blas, E. (2004), Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int. J. Health Plann. Mgmt., 19: S25-S43. <https://doi.org/10.1002/hpm.775>

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia

Secuencia de sub-mensajes (3)

En Colombia la Introducción del Modelo de Competencia Regulada -MCR- presentó **deterioro** en las acciones de control de la TB debido a un dominio de la **racionalidad económica** en el sistema de salud y a la **debilidad de la rectoría estatal**.

El **desempeño de las actividades de control de TB (productos y resultados)** ha **disminuido**, reflejando inequidades estructurales y limitaciones de acceso según régimen de afiliación

La **racionalidad económica** ha **llegado a ser la fuerza dominante** que conduce el sistema de salud, promoviendo que se busque la eficiencia en ganancias financieras mas que en metas de salud pública.

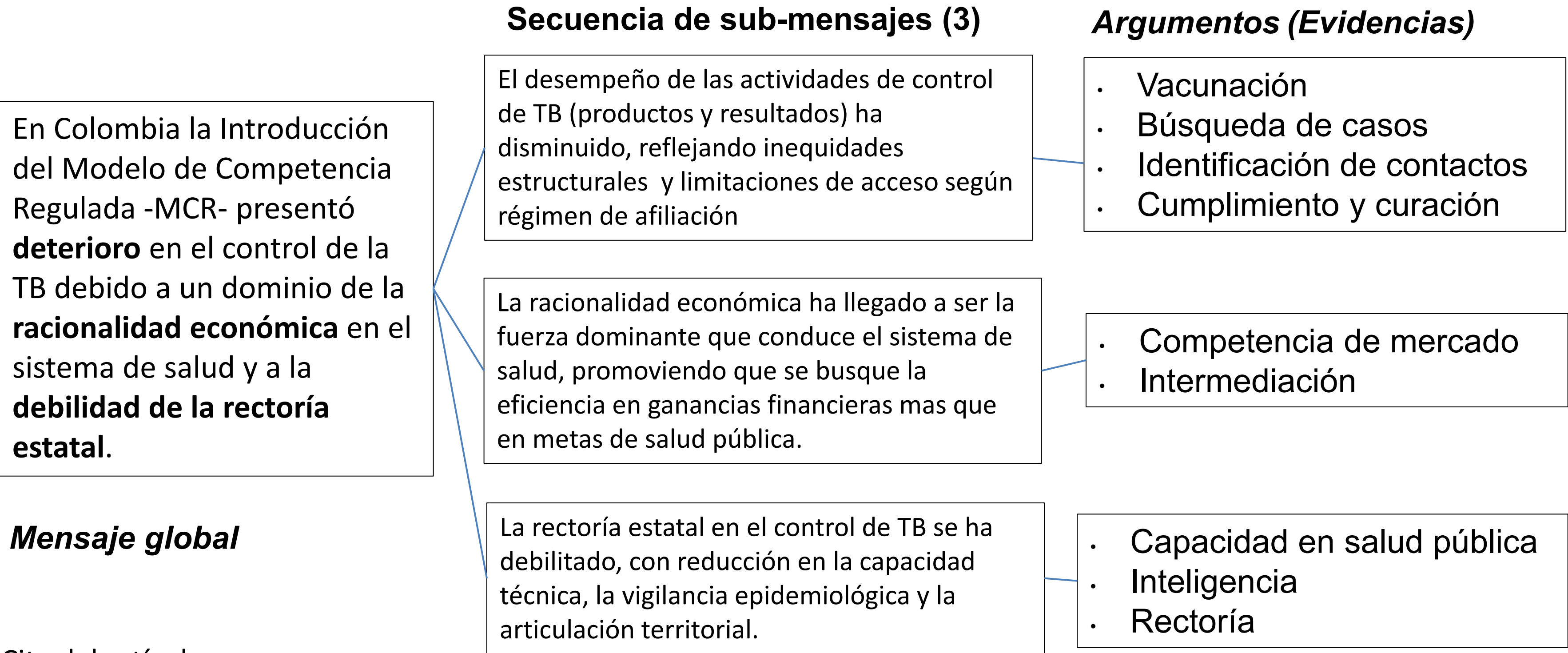
La **rectoría estatal en el control de TB se ha debilitado**, con reducción en la capacidad técnica, la vigilancia epidemiológica y la articulación territorial.

Mensaje global

Cita del artículo:

Arbelaez, M.P., Gaviria, M.B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D. and Blas, E. (2004), Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int. J. Health Plann. Mgmt., 19: S25-S43. <https://doi.org/10.1002/hpm.775>

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia



Cita del artículo:

Arbelaez, M.P., Gaviria, M.B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D. and Blas, E. (2004), Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int. J. Health Plann. Mgmt., 19: S25-S43. <https://doi.org/10.1002/hpm.775>

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia

Secuencia de sub-mensajes (3)

En Colombia la Introducción del Modelo de Competencia Regulada -MCR- presentó **deterioro** en el control de la TB debido a un dominio de la **racionalidad económica** en el sistema de salud y a la **debilidad de la rectoría estatal**.

Mensaje global

Cita del artículo:

Arbelaez, M.P., Gaviria, M.B., Franco, A., Restrepo, R., Hincapié, D. and Blas, E. (2004), Tuberculosis control and managed competition in Colombia. Int. J. Health Plann. Mgmt., 19: S25-S43. <https://doi.org/10.1002/hpm.775>

El desempeño de las actividades de control de TB (productos y resultados) ha disminuido, reflejando inequidades estructurales y limitaciones de acceso según régimen de afiliación

La racionalidad económica ha llegado a ser la fuerza dominante que conduce el sistema de salud, promoviendo que se busque la eficiencia en ganancias financieras mas que en metas de salud pública.

La rectoría estatal en el control de TB se ha debilitado, con reducción en la capacidad técnica, la vigilancia epidemiológica y la articulación territorial.

Argumentos (Evidencias)

1. Proporción reducida de vacunas de BCG aplicadas
2. Disminución en la búsqueda de casos y en el número de contactos investigados
3. Baja proporción de curación y alta de abandono

1. Preponderancia del interés particular
2. Prestación de servicios condicionada a la contratación e intermediación
3. Eficiencia centrada en las ganancias financieras y sistema de información centrado en lo contable.
4. Prestación de servicios diferencial por régimen de aseguramiento
5. Desintegración entre acciones colectivas e individuales
6. No hay Universalidad en la prestación de los servicios

1. Reducción de la capacidad en salud pública
3. Desintegración del sistema de información para la vigilancia en salud pública
4. Falta de coordinación intra-territorial de las acciones.

Mensaje Global

La introducción en Colombia del Modelo de Competencia Regulada -MCR- presentó **deterioro** en el control de la tuberculosis debido a un dominio de la **racionalidad económica** en el sistema de salud y a la **debilidad de la rectoría estatal**

Título

INTERNACIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

Int J Health Plann Mgmt 2004; **19**:S25-S43.

Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI:10.1002/hpm.775

Control de la tuberculosis y competencia regulada en Colombia*

Resumen

RESUMEN

En Colombia, la ley 100 introdujo en la reforma del sector salud un modelo de competencia regulada. Este artículo trata los efectos de este modelo en los productos y resultados en el control de la tuberculosis (TB). Se analizaron las tendencias de los principales indicadores de control de la TB utilizando fuentes de información secundarias, se realizaron 25 entrevistas a informantes claves de aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas y del nivel de dirección en salud. Se encontró un deterioro en el desempeño de las acciones de control de la TB; un decreciente número de dosis de vacuna BCG aplicadas, una reducción en la búsqueda de casos e identificación de contactos, bajas tasas de curación y un aumento en las pérdidas de seguimiento de los pacientes, la cual afecta principalmente a la gente mas pobre. Ocurrió una fragmentación que se expresó como la atomización y discontinuidad del proceso técnico, hubo falta de coordinación, también una ruptura entre intervenciones individuales y colectivas y se desintegró el sistema de información. La introducción del modelo de competencia regulada (MCR) en Colombia parece haber tenido efectos adversos en el control de la TB debido a un dominio de la racionalidad económica en el sistema de salud y a la debilidad de la rectoría estatal. Se recomienda reestructurar el componente de salud pública de la reforma, fortalecer la capacidad técnica en salud pública del estado principalmente en los niveles departamentales y locales y mejorar el sistema de información reorientando sus objetivos a metas en salud pública. Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

Sub-mensajes sustentados en los Resultados

Sub-mensaje 1

El desempeño de las actividades de control de TB (productos y resultados) ha disminuido, reflejando inequidades estructurales y limitaciones de acceso según régimen de afiliación

DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE TB

Vacunación con BCG

En el nivel nacional después de haber tenido una cobertura por encima del 90% con un pico en 1996, la cobertura después de la reforma cayó a un nivel alrededor del 80%. Nacionalmente la incidencia de Meningitis TB, durante el período con alta cobertura de BCG, mostró una disminución de 0.5 a 0.1 casos por 100000 habitantes. Un brote en niños menores de 5 años de edad con 0.7 casos por 100000 se registró en 1999 (Figura 1). El acceso a la vacuna BCG depende del régimen de aseguramiento en salud al cual los usuarios están afiliados; los pacientes deben demostrar el derecho para acceder al servicio. Aunque la vacuna es suministrada gratuitamente por el Estado, el costo de administración es cobrado a las personas que no estén cubiertas por el aseguramiento. *“Antes cualquiera podía tener la vacunación con BCG sólo dando su nombre. Nosotros le dábamos el carnet de vacunación y listo. Ahora, ellos tienen que ser registrados en el sistema y esto es una gran diferencia”* (proveedor público médico de un centro de salud).

Búsqueda de casos

El número de pacientes sintomáticos respiratorios estudiados con baciloscopia en Colombia, permanece estable alrededor de 3 a 6 casos por 1000 habitantes durante los primeros años después de la introducción de la reforma (Figura 2). Sin embargo, el registro cayó en 1997 lo que puede representar un quiebre en el sistema de reporte. El examen con baciloscopia se escribe por los informantes claves como una actividad virtualmente no existente. *“En la unidad de salud donde yo trabajo, hay semanas en las cuales no hay un solo requerimiento para baciloscopia, aunque hay 1800 consultas por semanas, nosotros no podemos decir que en 2000 personas no hay ninguna sintomática respiratoria”* (prestador público, neumólogo, hospital de segundo nivel).

Identificación de contactos

A pesar de un extraordinario, pero no sostenible esfuerzo de las autoridades locales en Medellín en 1993, el número de contactos identificados y seguidos mostró una tendencia descendente durante el período de estudio y en 1998 fue solo la tercera parte de lo realizado en 1990 (Figura 3). La búsqueda de los contactos es asumida por la DLS una vez un nuevo caso de TB ha sido diagnosticado para investigar los contactos quienes posiblemente han sido infectados por el paciente, esto es financiado por el PAB. Este plan se complementa con el POS.

Figura 1. Incidencia de Meningitis en menores de 5 años y coberturas de vacunación con BCG. Colombia, 1991-1999

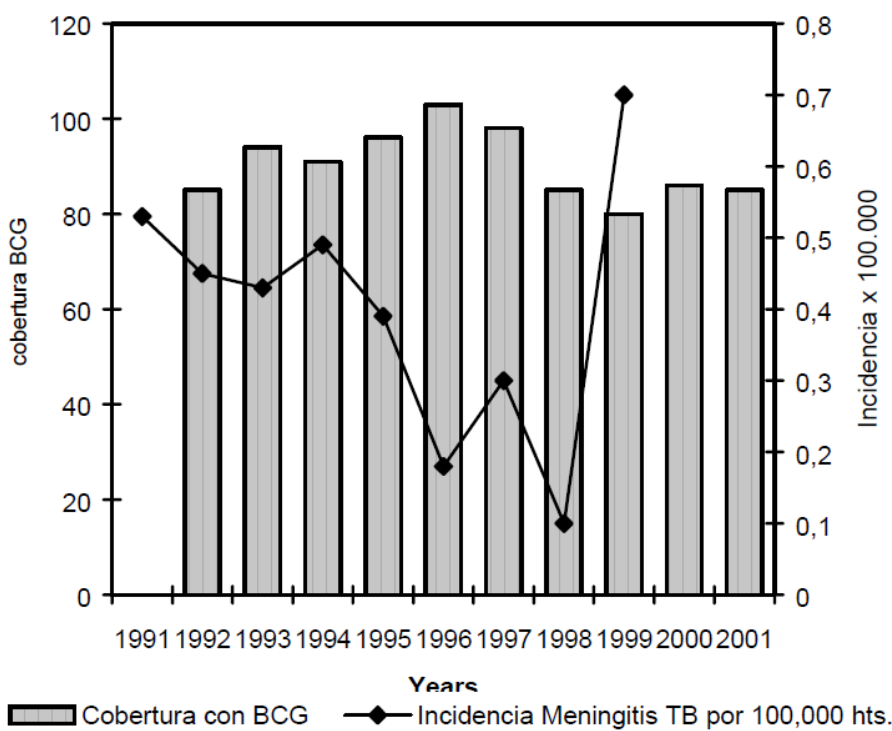
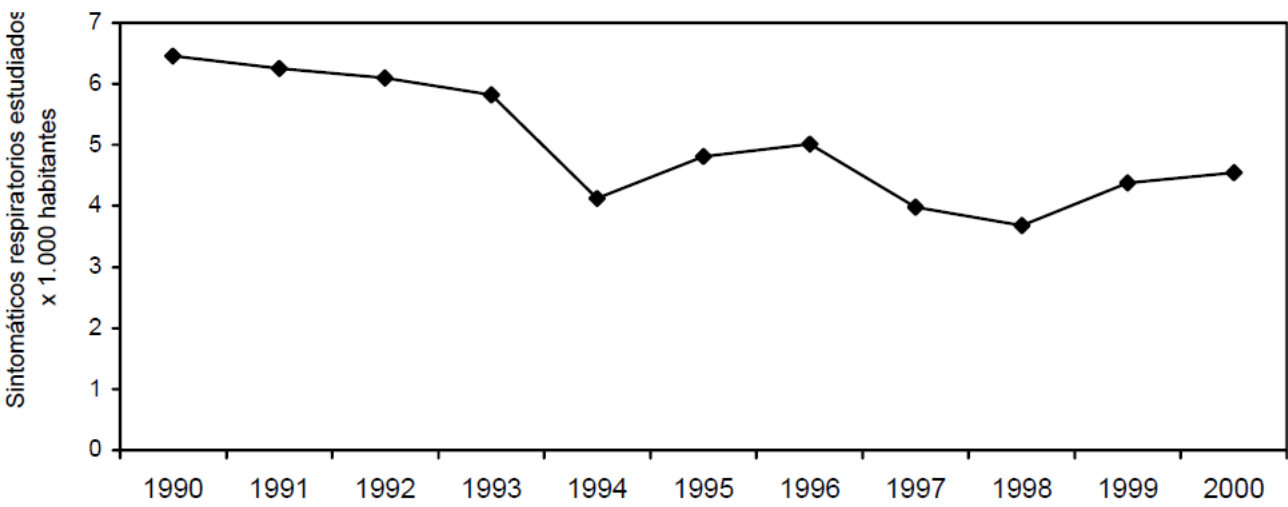


Figura 2. Sintomáticos Respiratorios Estudiados por mil habitantes. Colombia, 1990-2000



Sub-mensajes sustentados en los Resultados

Sub-mensaje 2

La racionalidad económica ha llegado a ser la fuerza dominante que conduce el sistema de salud, promoviendo que se busque la eficiencia en ganancias financieras mas que en metas de salud pública.

FUERZAS QUE CONDUCEN EL CONTROL DE LA TB

Competencia de mercado

El efecto de las fuerzas de mercado y el cambio en la asignación de los recursos del estado que pasaron del subsidio de la oferta al subsidio de la demanda, ha enfocado el sistema a las ganancias financieras. Esto según los informantes ha tenido influencia en el desempeño de las funciones relacionadas con el control de TB “*Yo no voy a poner al personal de mi institución a riesgo haciendo procedimientos que nadie ni me evalúa, ni me paga...*” (prestador privado. Director de una institución de salud de primer nivel); “*...Los pacientes con TB no son rentables para el sistema*” (prestador privado, director de una ONG especializada en TB).

Intermediación

El contrato firmado entre el asegurador y el prestador define el acceso a los servicios de salud de la población afiliada también como las condiciones del servicio mismo. El asegurador presta servicios a través de sus propias instituciones argumentando que ellos pueden ofrecer una alta calidad y un servicio integral para los pacientes que participan en el régimen contributivo. Cuando los aseguradores realizan contratos por capitación, ellos asignan un número de personas a diferentes proveedores para que atiendan sus necesidades de salud, lo cual es pagado con parte de la prima, así el riesgo se transfiere a los prestadores. Esta última clase de contrato es común entre los aseguradores privados y los prestadores públicos para las personas afiliadas al régimen subsidiado. Un asegurador privado (Director de un programa de prevención y promoción dijo “*Nosotros vemos a los que están en el régimen contributivo aquí (servicios de salud de propiedad del asegurador) por quienes respondemos directamente, sin embargo por aquellos que vienen por el sistema subsidiado, nosotros tenemos todo contratado con la red de servicios públicos, no me pregunten nada acerca de ellos porque nosotros no tenemos ni idea*”.

Tabla 3. Cambios Percibidos en el Proceso de Atención en TB como Consecuencia de la Reforma Sectorial en Salud en Colombia		
Actividades de prevención y control en tuberculosis	Cambios percibidos por los informantes claves	
Vacunación con BCG	-	Barreras de acceso funcional en la demostración de derechos.
	-	Barreras de acceso económico para asumir costos de bolsillo por insumos y atención cuando no se tiene seguro, ni identificación en el sistema.
	-	No universalidad del servicio al salir del territorio.
	-	Aumento de oportunidades perdidas de vacunación.
	-	No se ubican territorialmente los susceptibles.
	-	No se articulan diversas fuentes de información sobre vacunas aplicadas en un mismo territorio.
	-	Disminución de cobertura.
	-	Aumento de la Meningitis TB en menores de 5 años.
Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios	-	No hay detección pasiva de sintomáticos respiratorios.
	-	Sólo el médico está autorizado a ordenar la baciloscopia.
	-	La demanda inducida no opera por barreras de acceso.
	-	Las instituciones prestadoras de servicios no pueden hacer búsqueda activa.
	-	Es una actividad que no se puede registrar como tal en el sistema.
	-	La proporción de búsqueda de sintomáticos respiratorios por habitante ha disminuido.
	-	Hay confusión con esta actividad entre el concepto de prevención secundaria y el de proceso de diagnóstico individual.
Tratamiento	-	En algunas oportunidades el tratamiento no es directamente supervisado.
	-	-Las condiciones de contratación entre asegurador – prestador imponen barreras de acceso geográfico para la supervisión del tratamiento.
	-	Ha disminuido la dedicación en tiempo del personal de salud.
	-	El estado, no suministra el tratamiento de segunda línea.
	-	La proporción de curación de los pacientes es muy baja.
Seguimiento	-	La responsabilidad de la búsqueda de los pacientes perdidos de seguimiento no es del prestador.
	-	No hay monitoreo de las aseguradoras sobre el seguimiento de los pacientes con las instituciones de salud contratadas.
	-	La proporción de abandonos del tratamiento es alta
	-	Hay una mayor proporción de abandono de tratamiento, en los pacientes “vinculados” al sistema.
	-	El seguimiento del paciente se suspende al interrumpirse el aseguramiento.

Sub-mensajes sustentados en los Resultados

Sub-mensaje 3

PAPEL DEL ESTADO EN EL CONTROL DE LA TB

Capacidad en Salud Pública

La mayoría de los informantes perciben una pérdida del “know how” y la experticia en aspectos técnicos en salud pública y sienten que este es el mayor retroceso en comparación con el sistema anterior las actividades de salud pública antes del MCR se implementaron a través de los hospitales públicos; sien embargo, como parte de la reforma esta responsabilidad fue transferida a la DLS. El personal quien era responsable por las actividades de salud pública en los hospitales fue retirado o reasignado a tareas administrativas. También, la capacidad institucional fue limitada, incluyendo la falta de recursos humanos adecuadamente capacitados en la DLS, lo que está afectando las operaciones de salud pública en el nivel local “...la primera cosa que yo siento mucho fue la pérdida de liderazgo en tuberculosis. Antes nosotros conocíamos algunos lideres quienes tenían un conocimiento acumulado y nosotros no teníamos problema en consultarle. Hoy, yo no puedo ver a quien consultarle, esto ha desaparecido” (prestador público, director de un centro de salud).

Inteligencia

Tanto los aseguradores como los prestadores de servicios están de acuerdo en que el sistema de salud está enfocado principalmente a lo financiero y que el sistema de información está orientado por la facturación. “Cada mes nosotros enviamos esta información (de los servicios prestados) y no solo dice el número de dosis sino también a que institución pertenece la persona, a quien se factura y cuanto nosotros debemos cobrar...” (prestador público, director de un centro de salud). “...porque yo voy a decirles que la cobertura es tal o cual...ahora nosotros nos enfocamos en cual de estos servicios prestamos: dosis aplicadas, dosis facturadas” (prestador privado, director de una institución de salud de primer nivel).

Rectoría

Los prestadores y aseguradores tanto públicos como privados han encontrado una pérdida del liderazgo del estado en el manejo de la salud pública, e incluso una capacidad limitada del estado para responder a la inspección monitoreo y control necesarios en el contexto de la reforma sectorial. Ellos sugieren que una de las razones fue la falta de recursos humanos calificados, una mezcla de funciones del sistema actual y el sistema previo y otra razón es la gran complejidad que el sistema de salud ha producido por la multiplicación de diferentes actores involucrados.

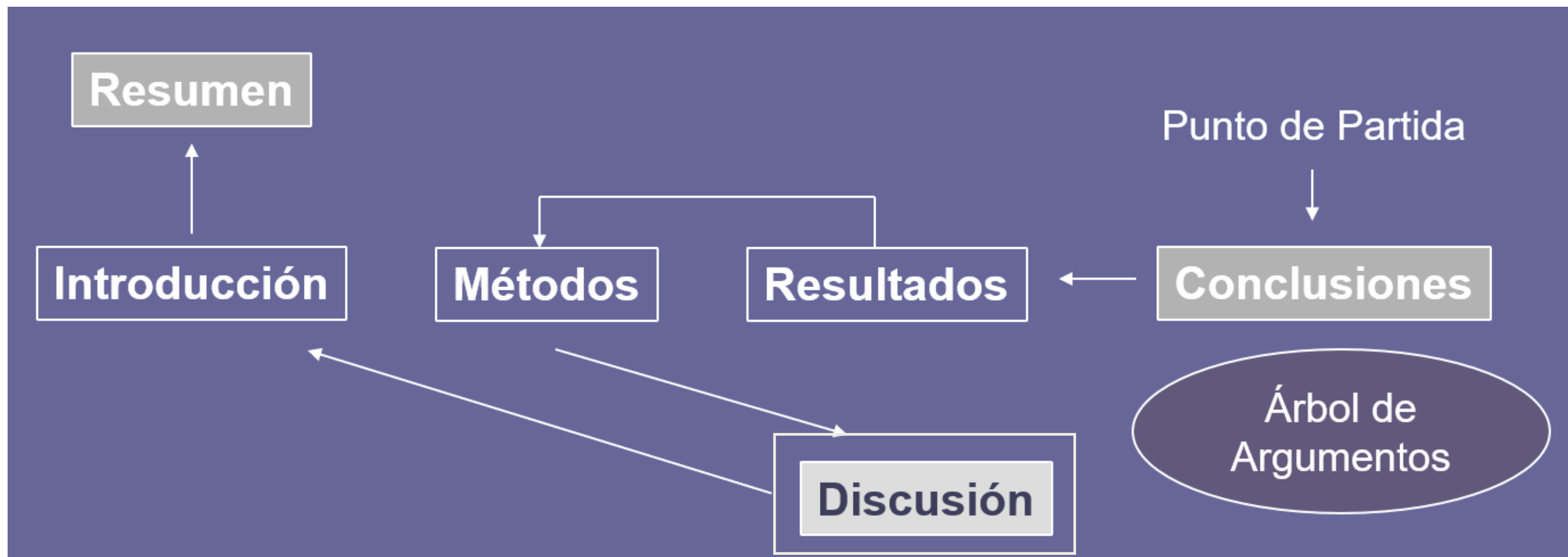
La rectoría estatal en el control de TB se ha debilitado, con reducción en la capacidad técnica, la vigilancia epidemiológica y la articulación territorial.

Tabla 4. Categorías Emergentes y subcategorías Relacionadas con las Fuerzas que conducen el Sistema y el Papel del Estado en el Control de la TB en la Reforma Sectorial Colombiana

Categorías Principales	Sub-categorías
Predominio de una racionalidad económica en el sistema	- Pre-eminencia del interés particular - Provisión de servicios condicionada al contrato e intermediación - Eficiencia centrada en las ganancias financieras y el sistema de información centrado en lo contable - Prestación de servicios diferencial por regímenes - Desintegración entre actividades colectivas e individuales
Debilidad en la Rectoría Estatal	- Pérdida del “know how”y debilidad en la capacidad en Salud Pública - Insuficiente capacidad para la inspección, Vigilancia y Control en los niveles de dirección del sistema - Desintegración del sistema de información y de la vigilancia epidemiológica - Falta de articulación al interior de los municipios - Falta de Universalidad en la Atención, sobretodo en población vulnerable



La escritura de un artículo no es un proceso lineal





Sección de Discusión

Propósito: *Dar al lector una interpretación de sus resultados y lo que pueden significar. Es un razonamiento hacia una Conclusión basada en las secciones de resultados e introducción (contexto).*

¿Qué debe incluir una sección de discusión?

- Lo que mostró exactamente el estudio
- Qué podría significar
- De que otra manera podrían ser interpretados los resultados
- Otros estudios tienen resultados similares o diferentes que muestre que usted conoce el campo
- Cuáles son las fortalezas y debilidades del estudio

La sección de discusión convierte los resultados en conocimiento y en mensajes

¿Qué no debe incluir una sección de discusión?

- Nuevos datos o nuevos resultados
- Repetición de resultados
- Puntos de vista y conclusiones que no están fundadas en las secciones de resultados y de contexto
- Figuras, tablas, y (muchos) números



Sección de Discusión: limitaciones del estudio

Todo estudio tiene limitaciones – incluyendo el suyo

Propósito

- El esfuerzo por criticar su propio trabajo, puede mejorar el entendimiento de los resultados
- Una clara evaluación de las debilidades indica a los revisores que usted es un científico serio quien sabe de investigación
- Ayuda al lector a entender los puntos metodológicos importantes en el campo de estudio

Validez

Dirigir las posibles debilidades representando la situación real y verdadera

Generalización

Dirigir las debilidades generalizando a poblaciones mayores, situaciones o teorías

Puede describir como mitigar el impacto de la limitación en la interpretación de sus resultados



Sección de Discusión: Conclusiones (implicaciones) y Recomendaciones

Propósito: Proveer al lector el mensaje clave, resaltar las implicaciones de sus hallazgos y hacer las recomendaciones claves para la formulación de políticas.

¿Qué debe incluir la sub-sección de conclusión?

- El mensaje clave
- Qué pasaría luego: implicaciones
 - +En política
 - +En investigación

¿Qué no incluir tener la sub-sección de conclusión?

- Nueva información
- Repetir resultados
- Conclusiones que no están fundadas en la discusión
- Referencias

La sub-sección de conclusión es la “clave” del artículo – usted es el experto – sea contundente

En Colombia la Introducción del Modelo de Competencia Regulada -MCR- presentó **deterioro** en el control de la TB debido a un dominio de la **racionalidad económica** en el sistema de salud y a la **debilidad de la rectoría estatal**.

SMJ1 - El desempeño de las actividades de control de TB (productos y resultados) ha disminuido, reflejando inequidades estructurales y limitaciones de acceso según régimen de afiliación

SMJ2- La racionalidad económica ha llegado a ser la fuerza dominante que conduce el sistema de salud, promoviendo que se busque la eficiencia en ganancias financieras mas que en metas de salud pública.

SMJ3-La rectoría estatal en el control de TB se ha debilitado, con reducción en la capacidad técnica, la vigilancia epidemiológica y la articulación territorial.

Argumentos

Baja proporción de vacunas de BCG aplicadas, disminución en la búsqueda de casos y en el número de contactos investigados, baja proporción de curación y alta de abandono

La prestación de servicios está condicionada a la contratación e intermediación y su eficiencia centrada en ganancias

Reducción de la capacidad en salud pública, desintegración del sistema de información para la vigilancia, falta de coordinación intra-territorial de las acciones

Comparar y contrastar con 1 o más estudios

Hallazgos similares fueron reportados por la Secretaria de Salud de Bogotá en el 2000

Se pasó del subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda. El control de TB es un bien meritorio.

Se requieren capacidades en gestión pública, capacidad de regulación sobre el mercado

Limitaciones e implicaciones de su estudio

- Deterioro debido a un menor reporte
- Afectación por pobreza o violencia
- Reestructurar el componente SP del MCR

• El desempeño de las actividades de control de TB ha disminuido

- Percepción sesgada de los Informantes a no aceptar cambios
- Fortalecer capacidades en salud pública en los territorios

Discusión - Tres sub-mensajes presentados en varios párrafos

DISCUSIÓN

El MCR en Colombia ha resultado en deterioro del desempeño de las acciones de control de TB. Ha ocurrido una fragmentación que se expresa en la atomización y discontinuidad de los procesos técnicos; hubo una falta de coordinación entre los autores del sistema de salud, también como un quiebre entre las actividades de promoción y prevención individuales y colectivas, una interrupción de la red de servicios de salud en la misma área, un nivel mayor de complejidad y desintegración del sistema de información en salud. Esta situación fue similar en ambas ciudades independientemente de la cobertura de aseguramiento en la población.

PP 1

Conclusión /
Implicaciones
PP 13

Desde la introducción del MCR en Colombia y el cambio subsecuente del subsidio de la oferta al

PP 7

subsidio de
conducción
eficiencia b
control de T
deterioro en
definidos p
aunque la p

CONCLUSIÓN

Se requiere fortalecer la capacidad técnica del Estado en salud pública, principalmente en los niveles locales y departamentales. Esto incluye revitalizar y ajustar el sistema de información en salud a la nueva situación e incrementar la capacidad del Estado para monitorear las condiciones de salud y para ayudar a dirigir el sistema hacia el cumplimiento de metas en salud pública.

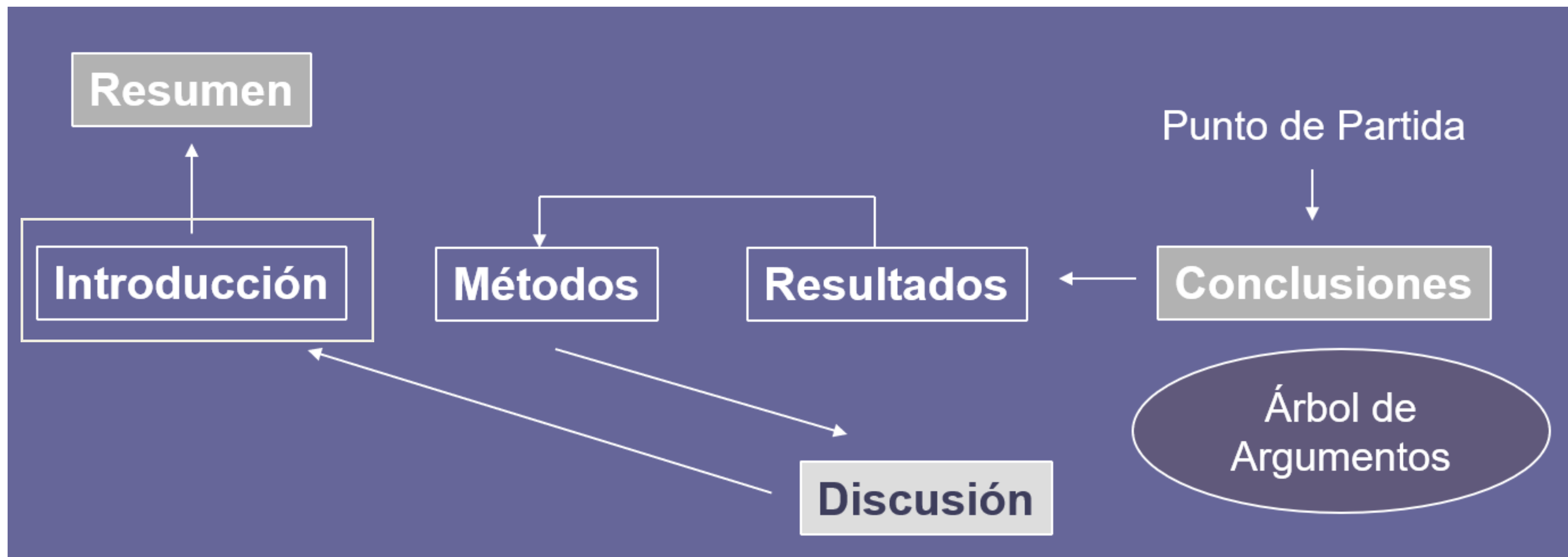
En el caso
evidente e
inteligenci
epidemiolo
limitada ca

Esto debe incluir revisar el sistema de pago y los mecanismos para proveer acciones en salud pública por ejemplo el pago directo del estado a los prestadores y reorientar las acciones de salud pública a través del subsidio de la oferta y no del de la demanda para intervenciones en salud con grandes externalidades como con la tuberculosis.

óptimos de la inversión social y en el control de la TB.



La escritura de un artículo no es un proceso lineal





Sección de Introducción

Propósito: *Contar al lector los antecedentes, el contexto del estudio y por qué inició el estudio, que se conoce y no se conoce acerca del tópico y que significado o importancia tiene el estudio*

¿Qué incluir la sección de introducción?

- Tópico bajo estudio
- Antecedentes y contexto nacional, regional
- Significado teórico y práctico
- Conocimiento científico actual
- Brecha en el conocimiento
- Objetivos/preguntas de investigación

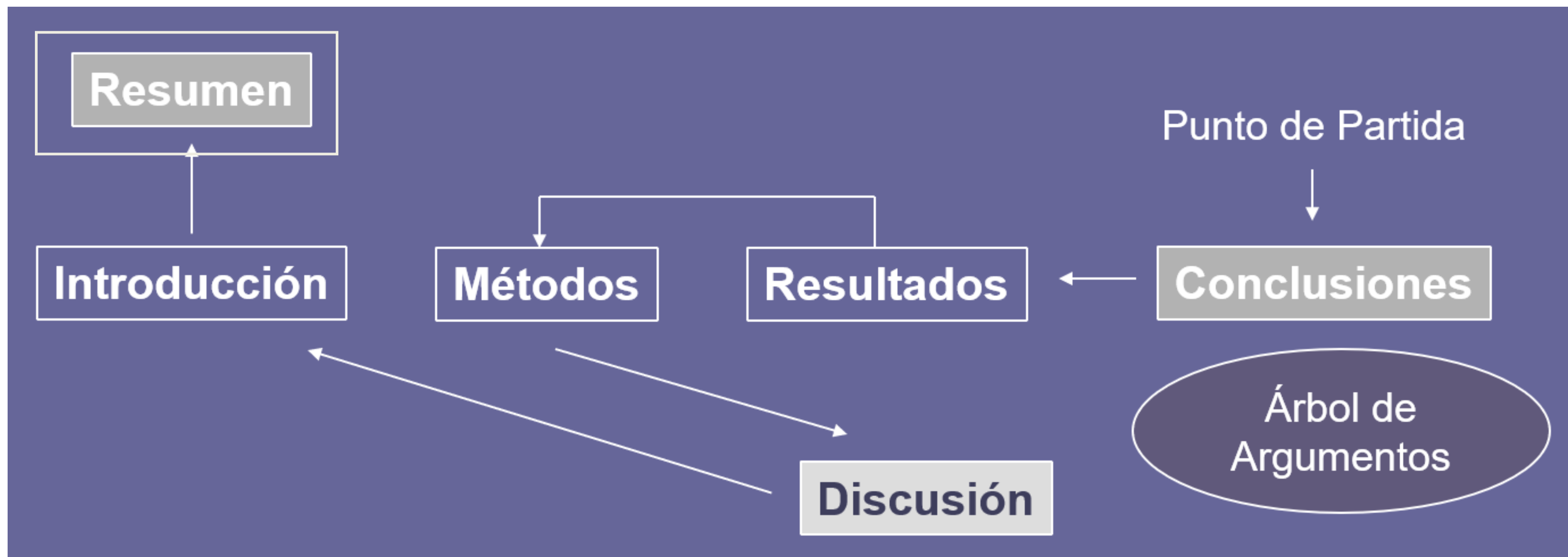
¿Qué no incluir la sección de introducción?

- Información detallada del lugar
- Resultados, métodos
- Conclusiones
- Revisión de literatura detallada

La sección de introducción atrae la atención del lector e indica el significado del estudio



La escritura de un artículo no es un proceso lineal





Resumen del Artículo

Propósito: *describir brevemente el propósito del estudio, métodos, resultados, y conclusiones. Deben entenderse cuando sean leídas aparte del resto del artículo*

¿Qué debe tener el resumen?

- Razón del estudio
- Diseño y métodos básicos
- Resultados claves
- Conclusiones principales

¿Qué no debe tener el resumen?

- Notas introductorias
- Descripción del sitio del estudio
- Detalles sobre los métodos
- Discusión

Igual que el título, el resumen debe ser corto, informativo e interesante



Resumen del Artículo

Propósito: *describir brevemente el propósito del estudio, métodos, resultados, y conclusiones. Deben entenderse cuando sean leídas aparte del resto del artículo*

¿Qué debe tener el resumen?

- Razón del estudio
- Diseño y métodos básicos
- Resultados claves
- Conclusiones principales

¿Qué no debe tener el resumen?

- Notas introductorias
- Descripción del sitio del estudio
- Detalles sobre los métodos
- Discusión

Igual que el título, el resumen debe ser corto, informativo e interesante



Extensión y estructura del artículo

Debe consultar las Instrucciones para Autor de la Revista

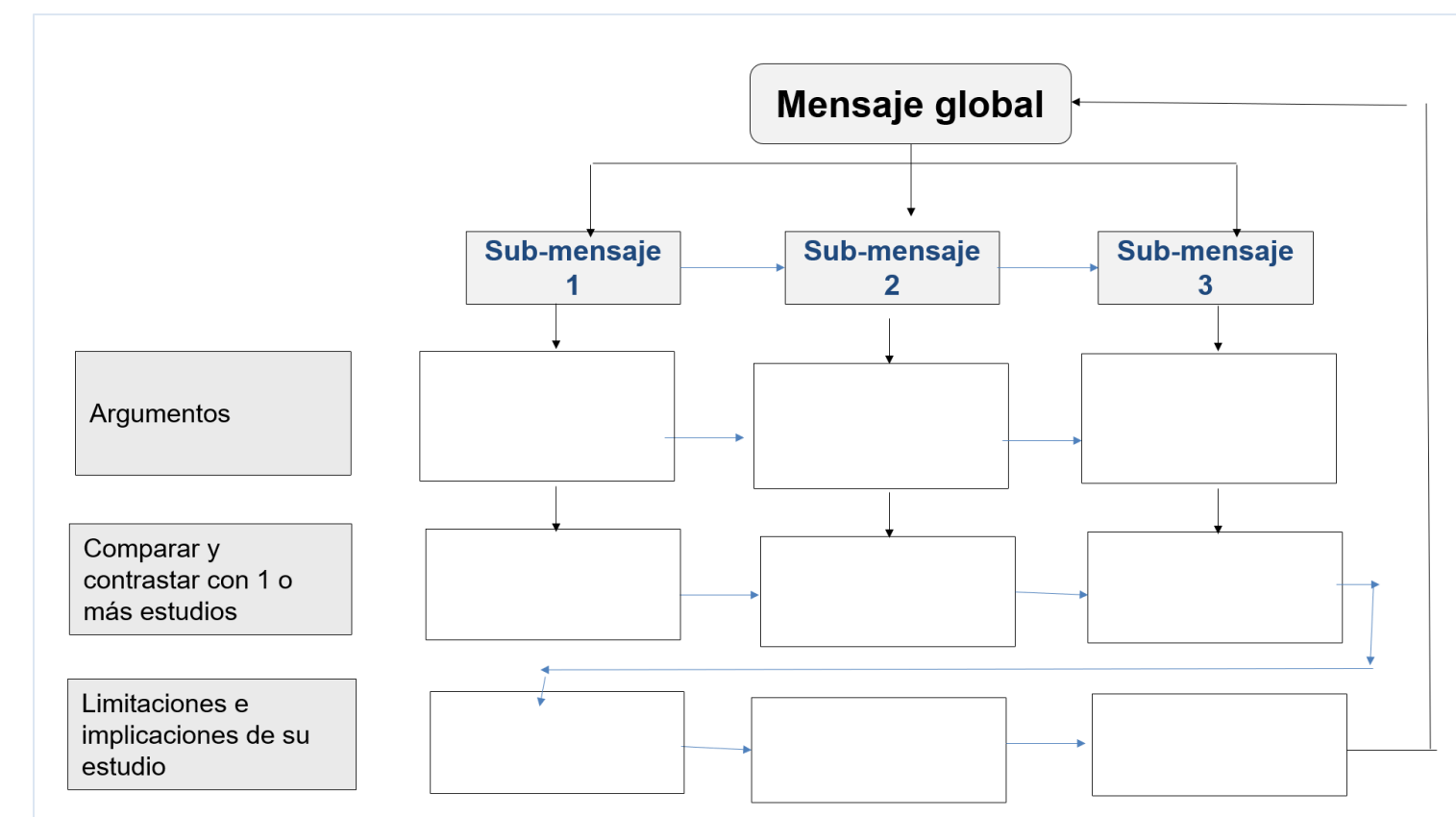
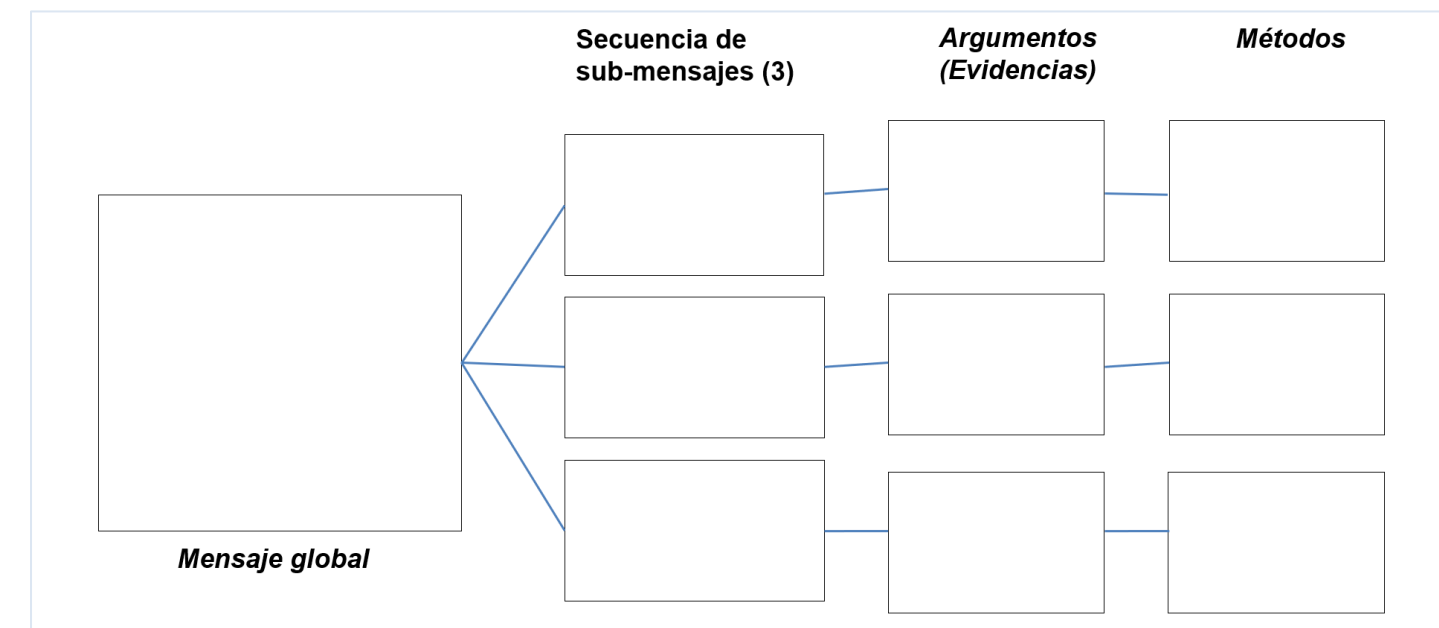
- Página del título
- Resumen (**250-400** palabras más 5 palabras claves)
- Introducción y contexto (**700-1000** palabras)
- Métodos (**300-700** palabras)
- Resultados (**1000 - 1300** palabras)
- Discusión (**1500-2000** palabras)
- Agradecimientos (carta de aceptación de ser agradecido)
- Referencias, cuadros, figuras
- Contribuciones, Declaraciones (relaciones, conflictos de interés)
- Carta para presentar el artículo
- Otros

3500 - 5000



4. Conclusiones

- Metodología del Arbol de Argumentos facilita la escritura de artículos científicos
- Contribuye a organizar los datos, su transformación en información y en argumentos
- Mejora la preparación de mensajes para organizar el artículo y especialmente la discusión y las enseñanzas a transmitir
- Aplicable a artículos originales y otros tipos de artículos



Arbol de Argumentos: traducido y adaptado por Marta Gaviria Londoño y María Patricia Arbeláez. Profesoras FNSP, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

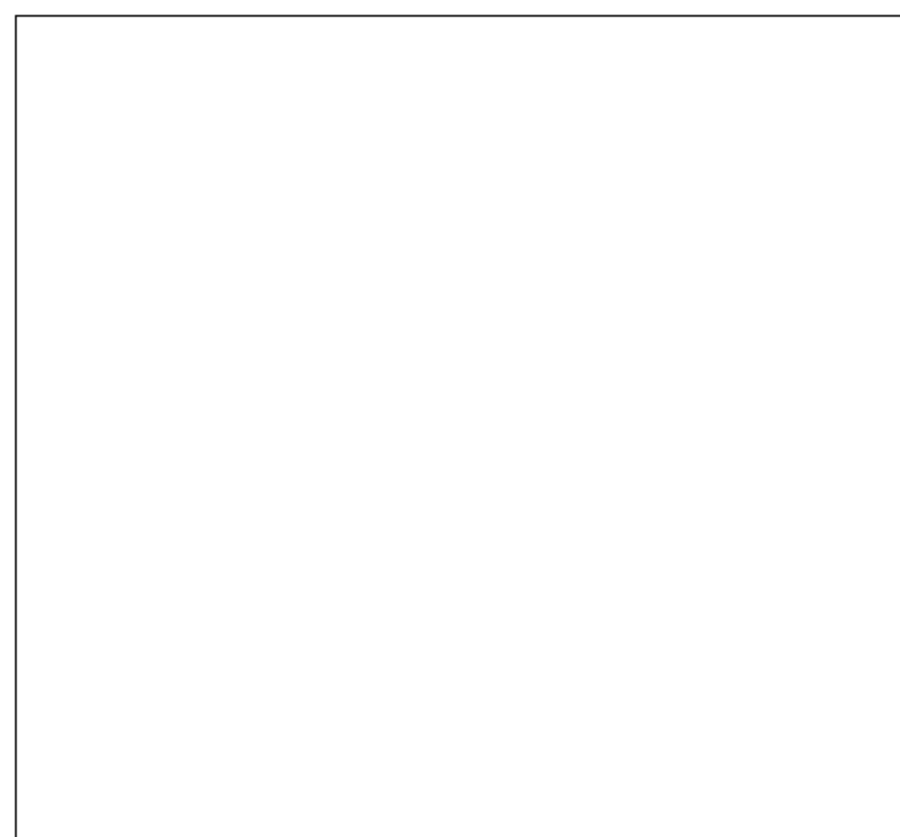


Tipo de artículos: Imagen en la Práctica Clínica, Blogs Académicos, otros (opinion, historia): no incluye Discusión

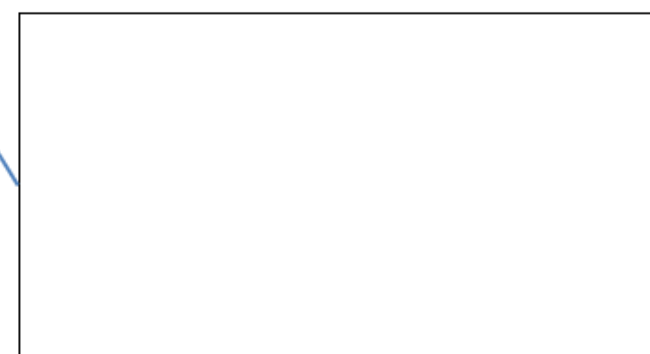
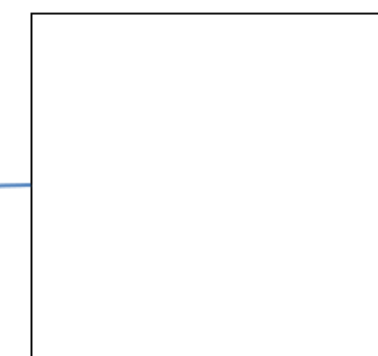
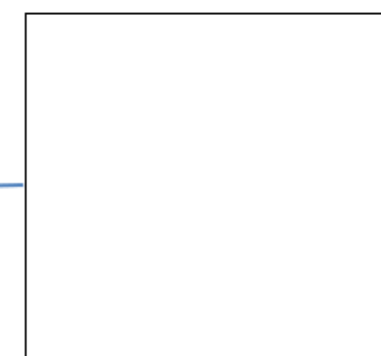
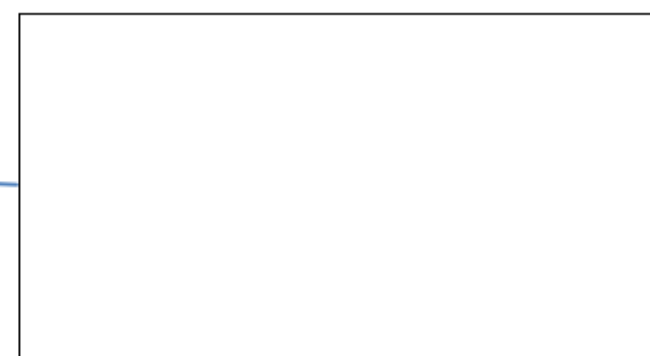
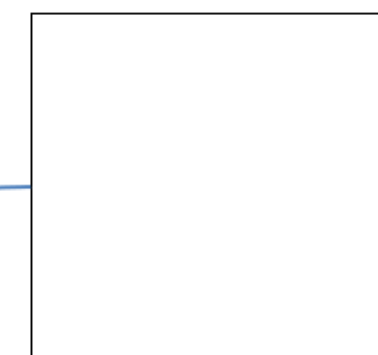
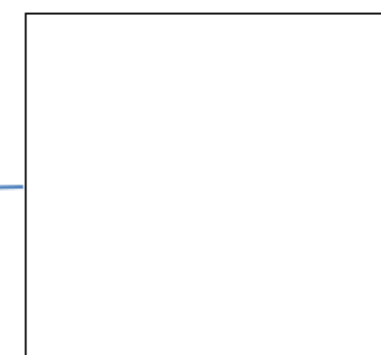
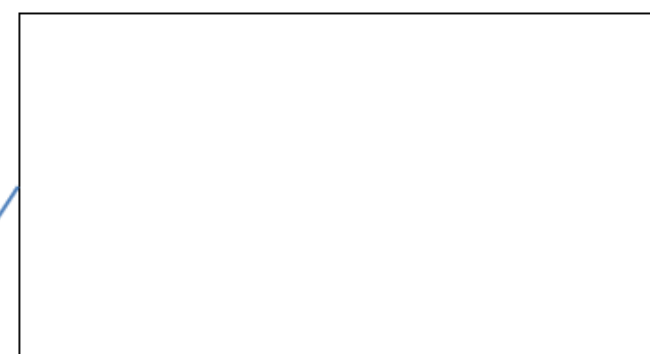
**Secuencia de
sub-mensajes (3)**

**Argumentos
(Evidencias)**

Referencias



Mensaje global





¿Cuál es la manera mas efectiva de aprender a escribir artículos científicos?

- Leyendo
- Escribiendo

