
Priorización de la investigación biomédica: implicaciones para la investigación en salud pública y servicios sanitarios

(Priorization of medical research: implications for public health and health services' research)

Entre el desinterés y el poco aprecio

Estudios y ensayos recientes nos demuestran la enorme disparidad que existe entre los esfuerzos hacia los que se dirige el grueso de la investigación científica y los problemas de salud más importantes. Es una falta de relación absoluta que se reproduce en cualquier tipo de dimensión territorial, y que se ha documentado tanto en los Estados Unidos como en India, para poner dos ejemplos de países con desarrollos económicos bien distintos. Una realidad que implica directamente a los profesionales de la salud pública y que refleja los problemas de diálogo y la confrontación de intereses entre diversas culturas profesionales y actores sociales. Aunque sea una aportación colateral a este debate, propongo a continuación algunas razones para contribuir a la explicación del porqué también existe esta divergencia en nuestro medio.

En España, ciertamente, la investigación en salud pública y servicios sanitarios tampoco parece ser altamente prioritaria o, cuando menos, no recibe finalmente el interés y el apoyo que se merecería por parte de los principales organismos públicos de investigación (CSIC, por ejemplo) y de las agencias que financian investigación con recursos públicos. El entorno sanitario parecería una excepción, puesto que la promoción de la investigación en salud pública y servicios sanitarios escucha periódicamente cantos de sirena, aunque finalmente todo queda en casi nada, los resultados netos son escasos y, a menudo, este tipo de investigación científica es percibida como de «segunda». Es el resultado de problemas, limitaciones y determinantes de distinta índole, entre los que destaca la coexistencia de algunos grupos de investigación en salud pública de prestigio y con reconocimiento internacional con otros pocos equipos de investigación de calidad media-baja. Una situación igualmente aplicable a muchos otros campos de la biomedicina y de las ciencias de la salud, con la diferencia, nada anecdótica, que la investigación en salud pública y servicios sanitarios, además, tiene una «prensa» distinta, es percibida con unos prejuicios que la perjudican y vive en un ambiente en el que imperan excesivamente las inercias y las modas.

La priorización como pretexto

Una de las palabras más utilizadas en nuestros ambientes es «priorización», mágica palabra usada como coartada para justificar las cosas que se deciden y un útil pretexto para asumir las cosas como suceden, eso sí, tras ninguna intervención política. Como fuera que se pretendan trazar las direcciones de futuro sin datos ni evidencias, sin ejercicios de evaluación previa, entonces el resultado de la supuesta «priorización» queda en un flamante ejercicio retórico. Es decir, lo que debería ser una verdadera intervención política pública, basada en el establecimiento de prioridades y fundamentada en una metodología concreta para la asignación de recursos, se convierte en un farragoso ejercicio literario en el que se significan oficialmente los temas y las áreas a las que se desearía prestar un mayor o primer interés. Luego se cumple poco, ya que la dirección política ni tan solo introduce los instrumentos necesarios para ponerlo en práctica; aunque esto es lo de menos, puesto que el ejercicio de priorización como tal no ha existido nunca. Las declaraciones de prioridades de corte «incrementalista», además de justificar a responsables políticos que deciden no decidir para evitarse conflictos, favorecen la supervivencia de los grupos científicos instalados en áreas de moda, aunque sus propuestas sean mediocres, mientras que los innovadores, los arriesgados o los interesados en temas de investigación fuera de circuito siguen teniendo muchas dificultades.

¿Por qué y cómo establecer prioridades?

En ciencia, como en tantas otras actividades, es necesario establecer prioridades puesto que no existen recursos para acometer todos los objetivos posibles. Se trata de elegir tanto qué hacer primero, como dónde concentrar los esfuerzos y, precisamente, al no tratarse de una elección neutral, el establecimiento de prioridades constituye fundamentalmente una actividad política. El problema es que, a menudo, los responsables políticos desconocen que precisamente ésta es su responsabi-

lidad. Es decir, la etapa final del establecimiento de prioridades consiste, nada más y nada menos, en «decidir», por lo tanto es una etapa bastante ajena a los cometidos de los técnicos, lo cual siempre nos pesa (y, si se puede, evitamos que sea así) Reconozcamos que nos pesa, puesto que no necesariamente existe concordancia entre los intereses generales (o los mayoritariamente representados a través de la clase política) con los intereses de los «proveedores», en este caso los de los científicos y sus organizaciones. Si, en este contexto, el proceso de priorización no existe como tal o no está debidamente estructurado, entonces todo empieza a explicarse con nitidez.

Los manuales nos explican que, para el establecimiento de prioridades, deben seguirse una serie de etapas, cada una de ellas perfectamente estructuradas. A su vez, mientras se efectúan estos deberes de referencia, los responsables de tomar decisiones deben ir informándose de las capacidades con que cuentan. Por lo tanto, es necesario identificar cuáles son las necesidades y dónde están los problemas, y simultáneamente deben reconocerse las fortalezas y las debilidades de los grupos, centros e infraestructuras de investigación científica existentes. Aún más, en según qué áreas de conocimiento, y debido a la presión ambiental existente, a menudo es necesario disponer de serios ejercicios de prospectiva para catalogar cuáles serán las verdaderas emergencias dentro del sinfín de modas imperantes. Si se establece que un determinado problema de salud u objetivo científico es prioritario, entonces hay que valorar si es posible afrontarlo con éxito, no sólo en el tiempo y con los recursos disponibles sino también con los efectivos científicos de que se dispone. Aún más, no se podrá garantizar el éxito únicamente conociendo la viabilidad potencial de un conjunto de proyectos, sino que también deberán proveerse instrumentos que hagan atractiva la propuesta. Por este motivo se fracasa cuando se pretenden promover proyectos de investigación «prioritarios» mediante financiaciones irrisorias y plazos imposibles. También cuando se dirigen preguntas de investigación hacia entornos, bien con escasos medios o con científicos de poco nivel, o bien hacia buenos grupos científicos que no se sienten interesados en estos temas, puesto que el sistema favorece que se dediquen más confortablemente a otros temas (menos prioritarios).

De la teoría a la práctica

En definitiva, la mejor forma de establecer un catálogo de prioridades pertinente y factible consiste en combinar la identificación de objetivos o preguntas de investigación con el análisis y valoración de los recursos científicos disponibles y potenciales. Si se reúnen

estas circunstancias, entonces la clase política se encuentra en condiciones de jerarquizar las actuaciones posibles e incluso podrá esperar que se obtengan los resultados que razonablemente han sido propuestos con el menor grado de incertidumbre posible. Pero desafortunadamente existen contadas ocasiones en las que puede aplicarse un modelo exquisitamente racional, como sucede en investigaciones aplicadas o desarrollos experimentales de entornos comerciales, precisamente donde se aplican planificaciones estratégicas que permiten la evaluación por etapas o en ciclos cortos. En el entorno de la salud, aunque la orientación de objetivos es tan deseable como posible, fácilmente se incurre en el denominado modelo de priorización «incremental». Si hoy se decide que aquel problema u objetivo es prioritario, resulta que, en realidad, «también» se convierte en prioritario. Es decir, el nuevo objetivo se añade a los que ya existían antes y, al final, todo termina siendo prioritario, entrándose en una especie de competición contradictoria de lo que pretende la priorización de forma inherente. Se acumulan nuevas ideas y objetivos a decisiones ya tomadas previamente, mientras el sistema se defiende ajustando las presiones entre los distintos grupos de «proveedores» de ciencia y así se consigue ir tirando, y mal, sin introducir cambios ni rápidos ni radicales. Es precisamente el sistema al que se nos ha acostumbrado, en el que se sucumbe por la fuerza de las inercias de los líderes y grupos que ya estaban anteriormente y mejor establecidos.

Establecer prioridades es un ejercicio complejo, pero es un ejercicio fundamentalmente político, es decir que no es gratis. Establecer prioridades es un ejercicio que debe involucrar a todas las partes; incluso debería permitir la participación de grupos educados de nuestra sociedad ajenos a la actividad científica y, en cualesquiera de los casos, no puede quedar exclusivamente circunscrito a los «proveedores» de la investigación. Establecer prioridades exige recursos en dinero y, sobre todo, en tiempo, el enemigo número uno de la clase política. Pero, aún más, establecer prioridades requiere decidir sobre la base de evidencias y datos de situación, sobre una información procedente de la evaluación, que generalmente brilla por su ausencia.

Sobre el interés y apoyo que recibe la investigación en salud pública y servicios sanitarios

El bajo apoyo de la investigación en salud pública y servicios sanitarios proseguirá mientras los ejercicios de priorización de las agencias que asignan recursos consistan en pronunciamientos que luego no se traducen en realidades, ya que la rutina vence a los idearios para salir del paso. Como sea que, afortunadamente para

algunos, estamos en una sociedad poco exigente a rendir cuentas y, a su vez, poco dada a decidir sobre la base de datos y hechos empíricos, por ahora el panorama no es alentador. En mi opinión, concienciar acerca de la importancia de la investigación en salud pública es, aún hoy, fundamentalmente un asunto de índole cultural, es un desafío que exige tiempo y pedagogía. Puestos a demostrar su importancia, comenzaría primeramente por la propia comunidad científica y, muy en particular, dirigiéndome a los líderes y grupos de investigación clínica, especialmente aquellos que desarrollan proyectos que implican tareas de laboratorio (me refiero a la mal denominada investigación básica).

En otro orden de cosas, la debilidad de la investigación en salud pública y servicios sanitarios también proseguirá mientras persista la confusión y la inadecuada especialización de las misiones de las agencias que asignan recursos económicos para la investigación en biomedicina y ciencias de la salud. Quizás la estrategia no sea desgañitarse únicamente para conseguir que se establezcan seriamente las prioridades y luego se cumplan, vistas las dinámicas establecidas. Deben utilizarse atajos «estratégicos» y ahora también se ha iniciado un nuevo turno para convencer a los actuales responsables políticos sanitarios que quizás están ante una nueva ocasión. Dado que tanto el gobierno central (creando el Ministerio de Ciencia y Tecnología) como algunas comunidades autónomas (como la de Cataluña) han apostado expresamente por «ministerializar» la ciencia, sin implicar o absorber los importantes recursos que se gastan en el sector asistencial sanitario, se trataría de establecer una nueva estrategia. El objetivo sería reorientar aquellos recursos sanitarios que

se dedican a la investigación científica y, concretamente, aquellos recursos humanos y económicos que están vergonzosamente ocultos en la factura asistencial, ausentes de gestión y probablemente bastante mal empleados. Podría establecerse una política propia de investigación en salud pública y servicios sanitarios, puesto que podría financiarse con recursos ya existentes que ahora se destinan a investigación de muy bajo perfil. Podría convertirse en una estrategia complementaria y cooperativa —mediante un concordato explícito— a la de otros ministerios y organismos que ya apoyan de forma explícita a los grupos de investigación clínica en biomedicina y ciencias de la salud (tanto básica como aplicada) Sería una forma de emular, en parte, la actual estrategia de investigación del Servicio Nacional de Salud británico, lo que conllevaría a reproducir algunas decisiones claves que allá se tomaron hace unos diez años, con frutos ya palpables.

La investigación en salud pública y servicios sanitarios no goza de buena salud. Sus efectivos son escasos y muy desiguales. El ambiente dentro de la comunidad científica es poco propicio. Las actuales estructuras y objetivos de las administraciones sanitarias desfavorecen su adecuado desarrollo, en realidad creo que la perjudican seriamente. Pero nada de ello priva que, a este tipo de investigación, se le dediquen flamantes pronunciamientos a favor, ejercicios retóricos de la nada que demuestran la incapacidad política para establecer prioridades con rigor para luego atreverse a rendir cuentas.

J. Camí

*Institut Municipal d'Investigació Mèdica
y Universitat Pompeu Fabra.
jcamí@imim.es*