

# LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EN ESPAÑA: DE LA CURIOSIDAD CIENTÍFICA A LA TOMA DE DECISIONES

Salvador Peiró / Ricardo Meneu de Guillerna / Soledad Márquez Calderón

Unitat d'Investigació en Serveis de Salut. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP)

Los servicios de salud de los países desarrollados vienen experimentando desde las últimas décadas rápidos y constantes cambios orientados fundamentalmente hacia objetivos de contención de costes, incrementos de productividad, una mayor capacidad de los gestores de influir en las decisiones clínicas y la mejora de la calidad de la atención. La investigación en servicios de salud (ISS) surgió asociada a la necesidad de información para la toma de decisiones derivada de estos cambios. Su punto de partida como campo de estudio reconocido, aunque existen notorios precedentes individuales<sup>1,2</sup>, puede situarse en Estados Unidos, a principios de los años 50, con la reorganización de las Secciones de estudios sobre establecimientos hospitalarios de los *National Health Institutes* en Secciones de Investigación en Servicios de Salud y Atención a los Pacientes<sup>3</sup>. Un posterior proceso de acuerdo entre investigadores delimitó el papel y contenidos de la disciplina<sup>4</sup>. En España, especialmente a partir de los años 80 y acompañando el desarrollo de las reformas sanitarias, se ha producido un modesto desarrollo de la ISS cuya capacidad para informar o influir en las decisiones de política de salud o en la práctica médica ha sido de escasa importancia. El propósito de este artículo es abrir un debate sobre la relevancia y posibles contribuciones de la ISS para el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como sobre los principales problemas que encuentra la utilización práctica de los resultados de esta investigación.

La ISS ha sido definida como un área de conocimientos orientada a la identificación de las necesidades de atención de salud de las comunidades y al estudio de la provisión, efectividad y utilización de los servicios de salud<sup>5</sup>. Esta definición subraya el carácter esencialmente multidisciplinar de la ISS

que combina un extenso abanico de ciencias y metodologías, con límites muy difusos entre ellas, para analizar problemas concretos -y en muchos casos, problemas locales- de política sanitaria o práctica asistencial<sup>6</sup>. Básicamente, estas áreas incluyen la sociología, las ciencias políticas, las ciencias de la empresa, la psicología, la antropología, la ética, la estadística, la epidemiología -destacando el papel de la epidemiología clínica para convertir los datos clínicos en conocimiento científico sobre el que aplicar otros métodos<sup>7</sup>- y la economía, donde la disciplina de economía de la salud se ha desarrollado extraordinariamente.

Aunque la variedad de campos y problemas abordados por la ISS hace difícil, y quizá poco deseable<sup>8</sup>, su clasificación sistemática, se han resumido las principales áreas temáticas<sup>8,9</sup> en la tabla 1.

La importancia de la información aportada por esta investigación para ayudar a decidir el qué, el para quién y el cómo en políticas de salud, gestión sanitaria o en la práctica médica no es discutida abiertamente, pero su utilización e influencia real es muy limitada. Trasladando al entorno español opiniones provenientes de otro contexto, que en alguna medida permitan despersonalizar el problema, podría decirse que los responsables de la toma de decisiones en sanidad «parecen haber infravalorado, infrafinanciado e infrautilizado la capacidad de la comunidad investigadora para informar la toma de decisiones de política práctica»<sup>10</sup> y que «la conexión entre investigación en servicios sanitarios y la formulación de políticas gubernamentales es mínima»<sup>11</sup>. Obviamente, nos referimos al uso sistemático de los hallazgos de la investigación y no a la utilización oportunista (no necesariamente ilegítima) para dar soporte a decisiones tomadas desde bases ideoló-

Correspondencia: Salvador Peiró. Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Juan de Garay, 21. 46017 Valencia. Este artículo fue recibido el 16 de enero de 1995 y fue aceptado, tras revisión, el 9 de marzo de 1995.

gicas o políticas, aspecto sin duda más común pero que no es objeto de este artículo.

Como ejemplos conocidos de disparidad entre la información aportada por la ISS y la toma de decisiones sanitarias podrían citarse:

- La salarización de los médicos generales en la reforma de atención primaria frente a los resultados de la mayor parte de investigaciones que, en general, orientan hacia una mayor bondad de los sistemas mixtos de base capiativa<sup>12,13</sup>.
- La apuesta por el co-pago en la prestación farmacéutica realizada en el Informe de la Comisión para la Evaluación del Sistema Nacional de Salud obviando los resultados de escasa efectividad y efectos adversos hallados en la investigación<sup>14,15</sup>.
- La confección de una cartera de servicios del SNS que incorpora o excluye prestaciones sin soporte científico -y en ocasiones con una fuerte carga ideológica- sobre su efectividad o eficiencia (por ejemplo, desde el punto de vista de la calidad de vida de los pacientes ¿es más efectivo el -implícitamente incluido en la cartera de prestaciones- tratamiento hipolipemiente en adultos jóvenes sin otros factores de riesgo o la explícitamente excluida cirugía de cambio de sexo?).
- La puesta en marcha de algunos sistemas de pago por proceso<sup>16</sup> y programas especiales de cirugía en horarios de tarde sin tener en cuenta en su diseño efectos descritos por la investigación<sup>17</sup>.
- El escaso impacto en gestión hospitalaria de los más de 20 trabajos realizados en los últimos cinco años sobre utilización inapropiada de la hospitalización en España<sup>18</sup>.

Quizá, la única -y parcial- excepción sería un cierto reconocimiento de legitimidad a los trabajos en materia de evaluación económica y sobre algunos aspectos de política sanitaria realizados desde la economía de la salud, la rama de la ISS más emancipada, en el sentido de concederle la «mayoría de edad», que cuenta en nuestro país con excelentes investigadores y una, al menos comparativamente, larga experiencia.

Las causas de esta situación son diversas, complejas e interrelacionadas. Estados Unidos, el país donde la ISS está más desarrollada, posee características que favorecen la pujanza de este tipo de investigación. Se trata de un sistema, al menos por comparación al nuestro, extenso, con una extraordinaria diversidad de modelos institucionales y prácticas -aspecto que permite la realización de estudios de comparación mediante diseños experimentales y cuasiexperimentales- e intensivo en consumo de recursos. Aunque casi el 40% de los

**Tabla 1. Áreas temáticas de investigación en servicios de salud**

- Estudios que incorporan el punto de vista de los usuarios a la toma de decisiones sobre alternativas de tratamiento o sobre algunos aspectos de la provisión de cuidados.
- Estudios de identificación de necesidades de salud o de necesidades de servicios de salud, en buena parte dirigidos hacia problemas de planificación sanitaria y equidad.
- Estudios de evaluación e investigación evaluativa, incluyendo la evaluación económica en sus diversas modalidades, los ensayos clínicos y los estudios sobre efectividad, así como las medidas de calidad de vida desarrolladas como indicador de resultados para algunos de estos trabajos.
- Estudios sobre variabilidad en la práctica médica y determinantes de los estilos de práctica, abarcando el amplio campo de los sistemas de pago e incentivos, el desarrollo de guías de práctica y el estudio de los factores que influyen en su difusión y aceptación, así como buena parte de los trabajos en el campo de la calidad asistencial.
- Estudios de utilización de servicios, dirigidos en su mayor parte a identificar la sobreutilización con fines de contención de costes.
- Estudios de investigación operativa orientados, en general, a optimizar la productividad de los servicios sanitarios.

servicios son públicos o sin ánimo de lucro, ideológicamente es considerado como un negocio en el que los proveedores deben competir en precio y calidad, situación que otorga un alto interés a la investigación sobre cómo maximizar beneficios en una situación dada, a la investigación local y a la disponibilidad de información y de instrumentos de medición válidos. Asimismo, dispone de una extensa red de prestigiosos centros de investigación cuyo rasgo esencial es que comparten valores con financiadores y gestores<sup>19</sup>, una no menos extensa red de centros de formación que comprenden y difunden la utilidad de la ISS para la toma de decisiones en atención sanitaria y un importante volumen de publicaciones científicas orientadas a la toma de decisiones, en las que un tema relevante es la propia diseminación efectiva de la investigación<sup>20</sup>, concepto que incluye tanto la difusión del conocimiento e información, como su aceptación y utilización.

Aunque este panorama no es obstáculo para que diversos estudios y artículos de opinión de los investigadores de Estados Unidos muestren cierto escepticismo sobre la influencia de la ISS en la toma de decisiones en su país<sup>21-23</sup>, y aunque las características del sistema sanitario de Estados Unidos no sean trasladables (ni necesariamente deseables) al entorno español, los puntos citados pueden ser útiles como marco de referencia para nuestro medio.

La ISS en nuestro país, al igual que en otros países europeos<sup>24</sup>, está iniciando su desarrollo. En



buena parte es realizada por clínicos con todavía escasa formación epidemiológica o estadística, que la consideran secundaria y piensan (equivocadamente) que es un tipo de investigación fácil de realizar y que, por la composición unidisciplinar de los equipos de investigación, encuentran dificultades para un enfoque más completo de algunos trabajos. El resultado, en una opinión subjetiva de lectores habituales y generalizando a partir de análisis de artículos cuyo objetivo era más amplio que la ISS<sup>25-27</sup>, es que muchas de las escasas investigaciones publicadas son estudios descriptivos, de diseño transversal y con enfoques parciales, a lo cual hay que añadir en algunas ocasiones, problemas en la selección de la muestra, la validez de las medidas usadas y en el análisis realizado, aspectos que tienen un alto riesgo de finalizar en conclusiones temerarias que el diseño de la investigación no puede soportar. Hay que señalar que el problema de la escasez de equipos multidisciplinares es común a casi todos los grupos de investigación, en parte por hábitos culturales, en parte por las dificultades para concentrar en una institución grandes equipos multidisciplinares.

Del mismo modo, y manteniéndose en el terreno de las opiniones subjetivas, existe un problema en la relevancia de los temas publicados y su difusión entre las poblaciones diana de esta información. Los investigadores no clínicos están vinculados a departamentos universitarios o a escuelas de salud pública sin responsabilidad en la incorporación práctica de los resultados de la investigación, lo que, unido a los actuales esquemas de evaluación del profesorado universitario, ha convertido el «publicar» («fuera» si es posible) en el objetivo nuclear de los investigadores. Esto no quiere decir que la introducción de esquemas de evaluación del profesorado no sea globalmente positiva, pero el hecho de que en la actual cultura de los investigadores, el prestigio se relacione con el número de publicaciones y la calidad de las revistas en que son publicadas, con independencia de la relevancia de la investigación y su difusión entre quienes serían los destinatarios naturales de sus resultados, supone un sesgo en la selección de temas que no beneficia al SNS.

El esquema de revisión de trabajos utilizado por las revistas científicas contribuye parcialmente a reforzar este interés por el cuánto y dónde se publica, en lugar de por el qué. Así, un original es evaluado usualmente por dos personas buenas conocedoras del tema y, casi con seguridad, interesadas en él. Este procedimiento, imprescindible para garantizar la calidad de las publicaciones, puede no ser siempre útil para juzgar la relevancia del tema y acabar produciendo revistas con escaso interés salvo para quienes publican en ellas. Por contra, la mayor parte

de las revistas que llegan, más o menos gratuitamente, a los despachos de los responsables de la toma de decisiones suelen carecer de revisores externos y, en muchas ocasiones, de rigor científico.

Los responsables del SNS en sus distintos niveles, y abusando ostensiblemente de un estereotipo, son clínicos de los hospitales públicos o provienen de cuerpos funcionariales. Su creencia básica es que el conocimiento deriva exclusivamente de la experiencia y que sólo el que «vive los problemas reales» está en condiciones de aportar soluciones. Este pragmatismo los hace impermeables a las aportaciones de la investigación (que «no trata de la realidad») y les permite asumir comportamientos contradictorios en los que sólo la necesidad de solventar los problemas del «día a día» permite descubrir un nexo de unión. Estos comportamientos vienen reforzados por la fuerte interrelación entre gestión y política en el SNS, donde la «realidad» puede, a veces, estar más construida sobre la aceptación acrítica de las propuestas del superior jerárquico y la necesidad de no crear problemas que adquieran dimensión política, que sobre los propios resultados de gestión.

Los programas de formación en gestión sanitaria -y aquí hay que hacer una nueva advertencia de la inexistencia de estudios y la subjetividad de estas opiniones- apenas conceden importancia al papel de la ISS para quienes deben tomar decisiones de política práctica y, sobre todo, difunden las innovaciones provenientes de la investigación como «verdades absolutas», sin fomentar la curiosidad intelectual, los hábitos de lectura o la capacidad crítica en sus alumnos. Buena parte de las escuelas de gestión han introducido en sus programas de formación los temas de calidad, gestión de la utilización, medidas de efectividad y similares, pero son raras las que mantienen módulos de lectura crítica de literatura científica o desarrollan sus programas de metodología y estadística de forma lo suficientemente amplia para permitir a los gestores comprender el alcance de los resultados de investigación.

El resultado final es que la ISS se está desarrollando en un marco caracterizado por: 1) la juventud como área de investigación; 2) la falta de comunicación entre investigadores y usuarios; 3) la escasez de canales adecuados de difusión de la información relevante, y 4) el desinterés político por sus resultados. Este marco puede ser visto como un círculo que se retroalimenta y la pregunta es ¿qué puede hacerse para salir de esta situación y permitir el aprovechamiento por el SNS de los potenciales de la ISS?

Empezando por los investigadores, la primera condición para avanzar es la selección de temas de investigación relevantes para el SNS y adquirir el

hábito, al diseñar los proyectos, de pensar cómo y por quién podrán usarse los resultados. La prestación farmacéutica en atención primaria, que supone el 20% del gasto sanitario -algo más del 1% del PIB- y donde no se dispone de modelizaciones econométricas ni de información suficiente sobre los determinantes de la prescripción inapropiada, el análisis de los procesos hospitalarios en busca de incrementos de productividad y calidad, el análisis de los resultados de la atención médica para los distintos grupos de pacientes, el desarrollo de guías de práctica y el conocimiento de los mecanismos que incentivan la adherencia de los profesionales sanitarios a determinados estilos de práctica, las áreas tradicionalmente problemáticas en el SNS (urgencias hospitalarias, listas de espera) y las áreas de innovación organizacional (cirugía sin ingreso, hospitalización a domicilio, calidad total), la introducción de mecanismos de gestión en atención primaria, el desarrollo de indicadores de efectividad y calidad a partir de las bases de datos administrativas existentes y otras muchas, son -sin ánimo de jerarquización o exhaustividad- áreas de investigación relevantes para el SNS que, aunque en algunos casos pueden no interesar al lector anglosajón, no deberían ser desatendidas por los investigadores de nuestro país.

Una segunda condición es garantizar la difusión de los resultados de la investigación entre quienes deben tomar decisiones relacionadas con los mismos. Para ello, probablemente, se necesitan modificaciones en las estrategias de nuestras publicaciones científicas, admitiendo el original corto, el artículo didáctico (incluso de encargo), más editoriales y opiniones, un mayor fomento del debate (cartas) y un lenguaje más asequible -al menos en algunos trabajos- al lector no especializado. Probablemente también se requiere un mayor nivel de decisión de la dirección de las revistas en cuanto a qué temas tienen o no interés general. Todo ello -que no debería suponer una disminución de la calidad actualmente alcanzada por la prensa científica- no requiere sólo cambios de política editorial para estimular determinados tipos de artículo, sino -y sobre todo- que los investigadores los escriban. En este sentido, sería deseable estimular la publicación, tal vez como originales breves, de muchos trabajos cuyo destino final es la comunicación en una reunión científica. Desde otro punto de vista, también podría ser útil el empleo honesto (evitando la doble publicación) de las revistas no científicas para difundir los resultados de la investigación.

Otras condiciones básicas son que los investigadores utilicen su potencial docente, más allá de la enseñanza de los contenidos de los programas, para estimular actitudes positivas hacia la investigación entre

quienes acuden a sus cursos y, por supuesto, mejorar la calidad de la investigación -incluyendo aquí no sólo la calidad técnica sino también el tiempo de respuesta a las necesidades del SNS- de modo que pueda realmente servir de apoyo a la toma de decisiones.

Por parte de los responsables de la toma de decisiones, la financiación de la investigación y una mayor proximidad cultural, son los temas cruciales. A este respecto, y aunque es evidente que en los últimos años se ha realizado un esfuerzo en la financiación y en la creación de infraestructuras de investigación<sup>28,29</sup>, tanto por la Administración Central como por las Comunidades Autónomas, la contratación de estudios a los centros de investigación para el análisis de temas específicos es una vía especialmente apropiada para aproximar intereses de investigadores y gestores (y fomentar el conocimiento mutuo) muy poco empleada todavía. Esta vía podría ser especialmente feliz para el desarrollo de estudios de ámbito local, de tan obvio valor en la ISS.

Finalmente, cabría matizar algunas de las opiniones anteriores señalando que las carencias advertidas en cuanto a calidad de los estudios, o las tensiones entre investigación y decisión, no son exclusivas de la ISS, siendo un problema compartido con otros ámbitos de investigación sanitaria<sup>25,26</sup>, así como la presencia en el panorama investigador español de excelentes equipos de trabajo que están consiguiendo que, en su conjunto y con los problemas que se quiera, la investigación sanitaria esté creciendo ostensiblemente<sup>27,30,31</sup>. El desafío actual, y quizá relacionado con este crecimiento, puede formularse tanto en términos de si el SNS será capaz de utilizar el potencial de la ISS en su beneficio, como en términos de si la investigación será capaz de ser útil al SNS. Los resultados dependen, pues, en parte, de los estímulos que el SNS sea capaz de desarrollar, pero en buena medida dependen también de la flexibilidad y capacidad de romper con los propios hábitos que tengan los investigadores y los responsables de la toma de decisiones.

---

### Agradecimientos

Manuel Arranz, Fernando García Benavides, Ildefonso Hernández, Jaime Latour, Vicente Ortún, Marisol Rodríguez y dos revisores anónimos hicieron útiles comentarios a diferentes borradores o versiones preliminares de este trabajo. El eximente habitual de no responsabilidad de los citados sobre el contenido del artículo no es, en este caso, sólo cortesía, ya que mantienen matizaciones y diferencias con algunas partes de la redacción final. El artículo responde exclusivamente a la opinión individual de los autores y no supone, en modo alguno, posicionamientos o criterios de la institución en la que trabajan.



## Bibliografía

1. Codman EA. Product of a hospital. *Surg Gynec Obst* 1914; 18: 491-6.
2. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1938; 31: 1219-1236.
3. White KL, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield B. Introducción. En: White KL y cols. (dirs). *Investigaciones sobre servicios de salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1992; 19-26.
4. Institute of Medicine. *Health Services Research. Report of a Study*. Washington: National Academy of Sciences, 1979.
5. Department of Health. *Research for health. A research and development strategy for the NHS*. London: Department of Health, 1991.
6. Hunter DJ, Pollit C. Developments in health services research: perspectives from Britain and the United States. *J Pub Health Med* 1992; 14: 164-8.
7. Pozo F, Ricoy JR, Lázaro P. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud: I. La epidemiología clínica. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 664-9.
8. Kinston W. Pluralism in the organisation of health services research. *Soc Sci Med* 1989; 17: 299-313.
9. Cartwright A. Health Services Research. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 553-4.
10. Klein R. Research, policy and the National Health Service. *J Health Politics Policy Law* 1990; 15: 501-23.
11. Stowe K. *On caring for the national health*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1989.
12. Newhouse JP. *The basis of reimbursing health care providers*. Boston: Harvard University, 1992.
13. Meneu R. Sistemas de pago a médicos: ¿Qué, cuánto, cómo? *Variaciones en la Práctica Médica* 1994; 6: 1-2.
14. Soumerai SB, Avorn J, Ross-Degnan D, Gortmaker S. Payment restrictions for prescription drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost, and equity. *N Engl J Med* 1987; 317: 550-6.
15. Puig J. Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste. *Investigaciones Económicas* 1988; 12: 45-68.
16. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Tobed M. Pago prospectivo por caso y duración de la estancia en hospitales privados concertados. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 372-4.
17. Márquez S, Portella E. Evaluación de un programa de reducción de la lista de espera quirúrgica basado en el pago por acto. *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 169-173.
18. Peiró S, Portella E. La revisión del uso inapropiado de la hospitalización en España. *Puntexpress* 1994; 128: 1-4.
19. Fox DM. Health Policy and the politics of research in the United States. *J Health Politics Policy Law* 1990; 15: 481-99.
20. Agency for Health Policy and Research. *Effective Dissemination to Health Care Practitioners and Policymakers. Annotated Bibliography*. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1991.
21. Ginzburg E (dir). *Health Services Research: Key to Health Policy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1991.
22. Haynes RB. Loose Connections Between Peer-Reviewed Clinical Journals and Clinical Practice. *Annals Internal Med* 1990; 113: 724-7.
23. Reinhardt U. The economist as health evangelist. *JAMA* 1992; 268: 1332-6.
24. The quality of health services research in medical practice in the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health* 1991; 45: 102-6.
25. Álvarez Dardet C, Mur P, Gascón E, Nolasco A, Bolúmar F. La investigación clínica en España. Tipos de diseños utilizados. *Med Clin (Barc)* 1987; 89: 221-3.
26. Blasco J. Investigación sanitaria: realidad actual. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 459-65.
27. Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Marín E, Ricoy JR. Análisis de los proyectos de investigación sobre atención primaria presentados al Fondo de Investigación Sanitaria durante 1991. *Atención Primaria* 1993; 11: 8-15.
28. Ricoy JR. Situación y perspectivas de la investigación en ciencias de la salud en España. *Med Clin (Barc)* 1990; 94: 88-794.
29. Ricoy Campo JR. La financiación de la investigación médica. *Med Clin (Barc)* 1993; 100 (Supl 1): 6-8.
30. Ricoy JR, Guasch MF, Jiménez A, Marín E, Medina J, Pozo F. Evaluación de la investigación financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria en 1988. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 690-4.
31. Ricoy JR, García-Iñiesta E, Marín E, Pozo F. Investigación financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria durante 1989. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 739-42.