

OBJETIVO 32

FORTALECER LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO EN SALUD

En el año 2000, la investigación en salud debería fortalecer la adquisición y aplicación del conocimiento en apoyo del desarrollo de la salud para todos, en todos los Estados Miembros.

Josep María Antó

Coordinador de la Unidad de Investigación Respiratoria y Ambiental. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

En 1988, tres años después de la formulación de los objetivos de Salud Para Todos formulado por la Oficina Regional Europea de la OMS, ésta publicó un documento sobre la política de investigación para la estrategia de Salud Para Todos (Research policies for health for all. Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1988) seguido de un segundo documento sobre el desarrollo operativo de dicha política de investigación, ambos resultantes del trabajo del Comité Consultivo Europeo sobre Investigación Sanitaria. Es importante hacer una breve consideración sobre estos documentos como punto de partida de un análisis descriptivo de lo acaecido en España en este ámbito.

El punto central de las estrategias SPT en investigación lo constituye el Objetivo 32 con el siguiente enunciado: “De aquí a 1990, todos los Países Miembros deberían haber formulado estrategias de investigación, a fin de estimular las investigaciones que mejoran la aplicación y expansión del conocimiento necesario para respaldar sus programas de Salud Para Todos.”

Para alcanzar dicho objetivo el documento sobre desarrollo operativo de la investigación sugiere una serie de estrategias: 1) poner en marcha los mecanismos para asegurar la aplicación eficaz de nuevos conocimientos en el desarrollo de las políticas y los programas; 2) determinar las lagunas existentes en los conocimientos necesarios para respaldar la estrategia de SPT y establecer las prioridades de investigación; 3) asegurar una representación equilibrada de todas las disciplinas académicas importantes para la salud y de los prestadores y usuarios de los servicios sanitarios, como también de los formuladores de políticas sanitarias, en la planificación y coordinación de la investigación del programa SPT y hacer que la comunidad investigadora contribuya activamente al desarrollo del programa; 4) estimular la investigación multidisciplinar pertinente; y 5) distribuir recursos suficientes como para llevar a cabo la investigación necesaria, dando preferencia a aspectos que no han recibido el apoyo que merecen.

Este enfoque traduce un concepto fundamental e innovador en la formulación de las políticas de investigación sobre la salud: la distinción entre la investigación biomédica orientada al conocimiento sobre temas escogidos por los propios investigadores y la investigación sobre problemas de salud o aspectos de los servicios sanitarios formulados como apoyo a las estrategias de Salud Para Todos. En su reformulación de 1993 (ICP/HSC 016 —1—, 1993) el Comité Regional para Europa adoptó una formulación más ambigua: “Para el año 2000 la investigación en salud debería reforzar la adquisición y aplicación del conocimiento en apoyo de la salud para todos, en todos los estados miembros.”

2. EVOLUCIÓN RECIENTE DEL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO EN ESPAÑA

Existe un amplio reconocimiento de la evolución positiva que en los últimos 15 años ha tenido el sistema de I+D en general y en biomedicina en España. Uno de los exponentes de esta evolución ha sido sin duda el crecimiento de la producción científica que ha pasado entre 1988 y 1995 del 1,3% al 2,3% de la producción mundial. Sin embargo, dicha valoración positiva deber ser puesta en duda a la luz de los indicadores que se describen en la Tabla 48, los cuales muestran que no hemos conseguido equipararnos en esfuerzo inversor en I+D a los países de nuestro entorno. Así, el gasto en I+D expresado como proporción del PIB se sitúa muy por debajo del correspondiente a la UE y aún más que el de la OCDE. Este diferencial negativo afecta tanto a la inversión por parte del sector público como del privado, si bien

en este último el diferencial es aún mayor. Esta situación es en parte el resultado de un estancamiento de la capacidad de inversión experimentada a partir de 1993. Otra de las características importantes del sistema de I+D es su desigual distribución territorial de manera que en las llamadas regiones de objetivo 1 la inversión en I+D es del 0,54% mientras que la media para España es del 0,92% del PIB. Algo parecido ocurre con el número de investigadores que en 1995 era de 5 por cada 1.000 personas activas para el conjunto de España y sólo de 1 a 2 en las Comunidades de Castilla-La Mancha, Baleares y Extremadura (1).

Tabla 48

Comparación de los indicadores de Investigación y Desarrollo entre España, la Unión Europea y la OCDE, 1995

| ESFUERZO TECNOLÓGICO. GASTO EN I+D/PIB(%) | ESPAÑA | UE | OCDE |
|---|------------|------|------|
| Total | 0,80* | 1,84 | 2,16 |
| Privado | 0,37 | 1,15 | 1,45 |
| Público | 0,43 | 0,69 | 0,71 |
| Personal en I+D/población activa | 4,9 (1993) | — | 5,5 |
| Investigadores (% total I+D) | 56,6 | 49,4 | — |

* Según la estimación del INE: 0,92%; la diferencia se debe a que el INE y la OCDE calculan el PIB de manera distinta.

Fuente: Informe COTEC 1998.

En el ámbito de la biomedicina conocemos con cierto detalle la evolución de la producción científica (2) que, en su conjunto, ha experimentado un crecimiento paralelo al de la I+D global. Sin embargo, con relación al desarrollo de la estrategia SPT resulta relevante revisar la distribución de dicha producción entre las distintas áreas de conocimiento. Así, durante el citado periodo, las áreas con mayor producción científica fueron la bioquímica-biología molecular con un 13% del total y las eurociencias con un 8,4%. Por el contrario el área de epidemiología y salud pública con 127 documentos publicados en dicho período totalizó solamente el 0,59%. El nivel de producción resultó aún menor en las áreas de odontología (97 documentos, 0,45%), drogodependencias (82 documentos, 0,38%), geriatría (52 documentos, 0,29%) y rehabilitación (8 documentos, 0,04%). Sin duda estas cifras traducen el escaso nivel de desarrollo que tanto en la universidad como en el SNS ha alcanzado la investigación en algunas de las áreas de conocimiento estratégicas para el desarrollo de la salud.

3. TRATAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN EN LOS PLANES DE SALUD

Para valorar el grado de desarrollo del objetivo 32 hemos procedido a revisar los siguientes Planes de Salud: Galicia (1998-2001), Castilla y León (1988), Murcia (1998-2000), Cantabria (1996-2000), Andalucía (1999-2000), Comunitat Valenciana (2000), Navarra (1993), La Rioja (1998), Catalunya (1993-1995; 1998), España (1995). De cada plan de salud se ha revisado: el capítulo de metodología sobre la elaboración del plan, todas las referencias a la investigación contenidas en el índice de los capítulos sobre problemas de salud y sobre los servicios sanitarios, revisión detallada de todos los objetivos y propuestas de actuación. En algunas ocasiones resulta dudosa la distinción entre las referencias a la investigación y las alusiones a estudios locales. Aunque en general se ha considerado que los estudios e informes no corresponden a la investigación, cuando han existido dudas se ha considerado que se trataba de investigación. Sin embargo, debe tenerse presente que el desarrollo de sistemas de información para las estrategias de SPT se incluye en un objetivo distinto de la investigación. A continuación se describen de manera sintética las principales observaciones realizadas a partir de la citada revisión.

La mayoría de Planes de Salud revisados hacen referencia a la investigación como una de las estrategias de apoyo a los servicios de salud. Por el contrario, la mayoría no mencionan de manera explícita el desarrollo del objetivo 32 de SPT (con la excepción de Navarra).

Cinco de los 12 planes de salud revisados analizan o describen el contexto de planificación y financiación de la investigación biomédica y sanitaria (Murcia, Andalucía, Navarra, La Rioja y España). Sólo 5 de los 12 planes de salud considerados incluyen líneas y propuestas genéricas de planificación de la investigación (Murcia, Navarra, La Rioja, Catalunya, España). En la mayoría de los casos los análisis

sobre problemas de salud y sobre los servicios sanitarios no hacen referencia a las necesidades de investigación ya sea para definir con precisión la magnitud y características de los problemas de salud o para definir objetivos de mejora. Las propuestas específicas de investigación son mínimas (4 en el PdS de Galicia, 2 en el PdS de Murcia, 2 en el de Cantabria, 1 en el de Andalucía, 6 en el de La Rioja).

Estos resultados sugieren que la elaboración de estrategias de SPT en los planes de salud revisados no ha incluido un desarrollo razonable del objetivo 32 relativo a la investigación sobre la salud y los servicios sanitarios. Aunque la mayoría de PdS incluyen algunas referencias a la investigación, estas son de tipo genérico y traducen una falta de aproximación sistemática a las necesidades de investigación y a las estrategias necesarias para su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe COTEC 1998. Tecnología e Innovación en España. Madrid: Fundación COTEC para la Innovación Tecnológica, 1998.
2. Camí J, Zulueta MA, Fernández MT, Bordons M, Gómez I. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud durante el período 1990-93 (Science Citation Index y Social Science Citation Index) y comparación con el período 1986-1989. *Med Clin (Barc)* 1997;109:481-6.