

La investigación en el proceso de la Reforma

AA Dra. Patricia García Funegra

Más o menos a fines de los años 80, muchos de los países de Latinoamérica comenzaron a escandalizarse por las grandes inequidades existentes y comenzaron a analizar reformas, fundamentalmente reformas en el sector social para aliviar la pobreza y reducir las desigualdades que finalmente causaban inestabilidad en los países. Además de las desigualdades económicas, también era necesario comenzar a pensar en mejorar los indicadores de salud, y entre otras cosas proporcionar protección contra el riesgo financiero. Ahora bien, esa discusión que comienza entre los países, también comienza a moverse a niveles mucho más altos. Y ya para el año 2005, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud establecieron el compromiso de alcanzar lo que vendría a ser la cobertura universal en salud. Este compromiso se convirtió realmente en una expresión colectiva de la creencia de que todos los países y todas las personas deben tener acceso a todos los servicios de salud que necesitan, sin riesgo de lo que llamamos ruina financiera o empobrecimiento.

Pero además, se comenzó a trabajar y a discutir acerca de una definición de servicios de salud, con un enfoque mucho más amplio. Estamos hablando de los años 2000, de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Y comienza también la discusión de que no solamente se trataba de satisfacer las necesidades de salud en cuanto a cantidad sino también en calidad y, además, en vista de los cambios en este nuevo siglo, del nuevo milenio, teníamos que estar preparados para lo inesperado: desastres ambientales, accidentes químicos, o nucleares, pandemias, y otros. Es hacia el año 2010 que esta idea de cobertura universal realmente crece, y

la definición comienza a establecerse ya incluso con lo que se pueden llamar los tres pilares, pensándose en que se necesita no solamente lo que inicialmente se pensaba que es una cobertura poblacional (quién está cubierto), sino también lo que se llama la cobertura prestacional que significa qué beneficios están cubiertos, buscando más gente protegida, más y mejores servicios. Y otro tema viene a ser la cobertura financiera, es decir la proporción de los costos que están cubiertos. Se comienza pues a hablar de las tres grandes dimensiones de la cobertura universal en salud.

A partir de allí comienza a hablarse también de otros temas adicionales, entre ellos el tema de las reformas. La palabra reforma en realidad surge porque había que hacer cambios para poder aligerar o eliminar las restricciones ya sean, normativas, institucionales, organizacionales, de gestión o conductuales, que operan en los sistemas que ya existen, y que impiden que la población ejerza totalmente su derecho a la salud. Esta es una definición muy amplia de lo que es la reforma, cada uno de los países y cada una de las instituciones, define hasta qué nivel realiza sus reformas.

En el caso del Perú, y esto lo he tomado de la página web del Ministerio de Salud, se plantean cinco ejes puestos en el marco de la reforma. Si nosotros vemos estos cinco ejes, más peruanos protegidos por un seguro de salud, más servicios de salud para más peruanos, y más protección, estos tres ya tienen que ver con dos de los ejes. Uno que tenía que ver con más gente, mejor cobertura y protección de la salud colectiva. Pero el otro gran aspecto es el de financiamiento.

En estos cinco ejes se cubren los grandes tres ejes de la cobertura de salud. En nuestro país, y esto también está en la página del Ministerio de Salud, se señalan los retos para llevar a cabo la reforma de salud. Instaurar una cultura, incrementar la cobertura de salud a más peruanos, mejorar los servicios, aliviar la carga financiera de los hogares. Pero, sin embargo, algo que no se menciona es el reto de cómo elegir las mejores opciones, las mejores intervenciones, las mejores acciones que puedan llevarnos a realmente a ese fin que es mejorar la cobertura en sus tres dimensiones. Tampoco se menciona el tema del reto en la evaluación del impacto de cualquiera de estas acciones. Y allí es donde entra el gran tema, la investigación para la salud.

La investigación en salud tiene que ser vista definitivamente como la producción de conocimiento, con el objetivo de comprender los retos de salud, y de una mejor respuesta a estos retos. El hacer investigación no es un lujo. Hacer investigación es una necesidad. Y en realidad, desde que se comienza a hablar en el mundo acerca de la cobertura universal, ha habido un movimiento paralelo acerca de qué hacemos con la investigación y la salud; en estos últimos años ha habido un aumento dramático en la cantidad de evidencia producida por la investigación programada y los beneficios que ella se derivan.

Y, para orientarlos mejor, en los años 90 se creó una Comisión, una de las primeras, que fue respaldada por la Organización Mundial de la Salud, justamente para comenzar a mirar la salud como un vehículo para el desarrollo. Se crea esta Comisión sobre Investigación en Salud y Desarrollo, cuyo reporte es sumamente importante; en él se comienza a hablar acerca de la falta de correlación entre la inversión que se hace en investigación en los países en desarrollo y la carga de enfermedad en los mismos.

Más aún, existe una brecha que en inglés se la llama el gap 90, es decir menos del 10% del gasto mundial en investigación se dedica a las enfermedades y condiciones que representan realmente el 90% de la carga mundial. Y se comienza entonces a discutir acerca de investigación y salud.

En el año 2001, aparece otra Comisión en la que se junta la macroeconomía y la salud. Y comienza efectivamente a verse que la inversión en investigación trae desarrollo y crecimiento, y que es necesario invertir en investigación

y salud. En el 2004 tiene lugar la cumbre ministerial de México, cuya conclusión más importante es que se necesitan más recursos y más investigación especialmente en relación a los sistemas y las políticas de salud. Y por primera vez comenzamos a ver que la gente comienza a hablar. No es solamente decidir qué hacer, sino que hay que decidirlo basado en evidencia y evaluarlo y medirlo. En el año 2008 se da el Foro Ministerial Mundial sobre investigación para la salud en Bamako-Mali, y aquí se discute el fortalecimiento de la investigación para la salud, el desarrollo y la equidad. Estos son diferentes aspectos de lo que es la investigación.

En el 2010 tiene lugar el Simposio Mundial sobre investigación en sistemas de salud en Montreux; se concluye que se necesita de la ciencia para acelerar la cobertura universal en salud. Y cuando se habla de ciencia, se incluye la investigación básica, la investigación clínica, la investigación bio-médica, y la investigación en los sistemas de salud.

En el año 2012 tiene lugar en Beijing otra nueva y gran reunión mundial sobre investigación en salud, para alcanzar la cobertura universal. Y es justamente porque aquí, en estos últimos años, estamos hablando de tecnologías, de nuevas ciencias que de alguna manera tienen que llegar a los que las necesitan; ésta es una de las grandes brechas: el hacer que la innovación llegue a todos.

En el año 2013, la Organización Mundial de la Salud, publica finalmente su reporte sobre la salud mundial; el título específico de este reporte es Investigación para la cobertura universal en Salud. Todo este devenir nos lleva a algunas conclusiones. La cobertura universal en salud no puede lograrse sin la evidencia que da la investigación. La investigación tiene poder para hacerle frente a una amplia serie de preguntas acerca de cómo podemos alcanzar realmente la cobertura universal en salud y con innovaciones. Todas las naciones deben ser productoras así como consumidoras de investigación. La habilidad y creatividad de los investigadores deben ser utilizadas para fortalecer el proceso. Y finalmente, la investigación para la cobertura universal de salud requiere respaldo nacional e internacional.

Comenzamos pues a hablar de que la investigación es fundamental para poder tener una mejor cobertura en salud. Hablamos de investigación y de investigación para la salud, porque esto abarca una gama más amplia de investigaciones más allá de la investigación en salud.

Los determinantes sociales afectan la salud; esto implica que la salud también depende de las acciones adoptadas fuera del sector lo cual es muy importante de tener en cuenta. Por eso es que uso el término investigaciones para la salud. Ahora bien ¿Por qué entonces la investigación y la reforma?. La investigación científica ha sido fundamental para la mejora de la salud humana. Pero también es de vital importancia el desarrollo de la tecnología de los sistemas y los servicios necesarios para poder realmente tener esa cobertura de salud universal. Incluso cuando hablamos acerca de interculturalidad, o de llegar a los lugares más lejanos, la tecnología, por ejemplo, la tele medicina, la tele salud, son mecanismos que nos podrían permitir hacer eso. Pero el instrumento para hacerlo es justamente en la investigación. En el camino hacia la cobertura universal, tener un enfoque metódico para formular y responder preguntas, no es un lujo, es una necesidad. La investigación en la reforma de salud debe estar presente desde que se diseña, se implementa, se monitorea, se evalúa, es decir, en todo el proceso, porque necesitamos contribuir a mejorar los sistemas y evaluar si los sistemas ideados para lograr la cobertura universal de salud realmente tienen éxito en sus objetivos.

¿Qué investigación es la que necesitamos para mejorar los sistemas de salud?. La respuesta es todos los tipos de investigación. Desde la investigación básica a la investigación traslacional que permite enlazar la investigación básica y su uso a la investigación aplicada con todas las metodologías: cuantitativas, cualitativas, observacionales, pre-post, cuña escalonada, caso-control, intervenciones, estudios aleatorios, meta-análisis. Es decir, tenemos que hacer uso de todo el instrumental con que contamos.

Algo que deseo hacer notar es que durante mucho tiempo y por muchos profesionales hubo una cierta mirada despectiva hacia algunas áreas de la investigación. Y justamente, un grupo que sale de todos estos diferentes Simposia, y especialmente después de México, se sienta y trata de discutir y relevar algunas áreas que siempre hemos dejado atrás, los temas de investigación operativa, investigación de la implementación, y la investigación de políticas y sistemas de salud.

La investigación operativa nos permite trabajar en el punto donde se dan los servicios. La investigación de la implementación más bien nos permite trabajar a nivel de los programadores, de quienes trabajan los programas y tienen que implementarlos. Y la investigación de políticas y

sistemas de salud, deberían trabajarse muy cercanamente a los encargados de hacer políticas en salud.

Cuanto mayor contacto hay entre investigadores y decisores de política, mejor se entenderán. Pero este es un asunto que representa un gran reto. Es importante considerar entonces, y deberían ser incluidas también dentro de la reforma, estrategias de entrenamiento para que los decisores de políticas usen evidencias de investigación y para que los investigadores entiendan cuáles son los procesos de decisión.

¿Qué preguntas necesitan ser respondidas por la investigación en la búsqueda de cobertura universal?. Estos son algunos ejemplos: Cómo escoger los servicios que se necesitan en cada nivel; cómo entrenar mejor a los recursos humanos y qué nuevas capacidades o qué nuevos modelos de recursos humanos necesitamos para responder a las necesidades. Necesitamos quizás algunos modelos híbridos en los cuales juntemos lo que es medicina tradicional con medicina occidental y eso podría permitir que realmente rompamos esta brecha en un país tan intercultural. ¿Y cómo mejorar las coberturas de los diferentes servicios?. En este momento por ejemplo, estamos comenzando un estudio para incluir auto-toma para muestras de pruebas moleculares en el diagnóstico del virus del papiloma humano a fin de mejorar la cobertura de despistaje incluyendo a mujeres de la comunidad. Pero este modelo no está siendo financiado por el Ministerio de Salud sino por fondos internacionales. El modelo tiende justamente a mejorar la cobertura utilizando nuevas estrategias, nuevas tecnologías y eso es lo que debemos incorporar realmente en el modelo. Tecnologías que se pueden o deben introducir. Trabajamos por ejemplo, un proyecto financiado por la Fundación AIDs para tratar de entender cuál es el medio que rodea la introducción de tecnologías en países en desarrollo, usando como modelo el Perú. Y uno de los puntos sumamente interesantes es que existe hasta terminologías que cuando uno las usa con profesionales de salud, impiden que una tecnología se adopte. Cuando llamamos a una prueba, prueba rápida, los profesionales de salud la rechazan así esté en una política. Conocer todo eso nos puede permitir adoptar y trabajar realmente mejor hacia una mejor cobertura. Cómo mejorar la protección financiera, cómo evaluar los procesos en las diferentes poblaciones son áreas de cuestionamiento que no tienen aún respuestas permanentes. A través del ciclo de la información y las preguntas, se pueden producir respuestas que pueden

dar lugar a más y mejores preguntas abriéndose así nuevas oportunidades para mejorar la salud.

Hay aún más que investigar, porque hay muchas políticas que son muy bien intencionadas y decisiones gerenciales que están orientadas a mejorar los sistemas de salud pero que no logran los resultados deseados y llevan a consecuencias inesperadas o imprevistas. En México, donde se ha trabajado muchísimo con la reforma de salud, el proceso ha estado acompañado por el trabajo de investigación; un aspecto importante es que muchas veces tratamos de ver las cosas de manera simplista sin darnos cuenta que los sistemas de salud son temas complejos. Intervenciones que pueden ser consideradas que alteran este sistema complejo, causan reacciones. Por eso tenemos que evaluar estas intervenciones y eso es investigación.

El otro gran problema es el sistema de salud y la innovación. Un reto es comprender cómo innovaciones tales como nuevas políticas, nuevos conocimientos y nuevas tecnologías pueden introducirse realmente de manera efectiva en salud. Y cómo estas innovaciones interactúan con las otras variables del sistema de salud para influir los resultados. Para esto tenemos que tratar de entender los factores contextuales y las características de los sistemas, puntos claves para que se adopte realmente la tecnología.

Pues es necesario que, cuando se trabaje en investigación para la salud, nos aseguremos que estos criterios fundamentales se cumplan. La calidad de la investigación, que implica aspectos éticos, requiere también que sea revisada por expertos, que sea eficiente, efectiva, accesible a todos, monitoreada y evaluada. Que esta investigación sea dirigida a hacer impacto en base a priorizar investigaciones innovadoras que tengan el mayor potencial de mejorar la salud. Mayor potencial no significa mayor área geográfica. Muchas veces puede estar localizada como una investigación operativa, pero puede tener un potencial grandísimo de hacer que todo el resto del sistema funcione. La investigación tiene que ser transparente e independiente. Tiene que ser constructiva, sistemática y planificada.

Uno de los aspectos que también se ha discutido en muchos foros es la necesidad de tener un sistema de investigación nacional que no es lo mismo que tener un Instituto Nacional de Salud o un Instituto Nacional de Investigación. Un sistema nacional de investigación,

tomando como ejemplo el término Investigación para la Salud, es un sistema que es “supra” en relación al sector salud. Es probable que la investigación para la salud sea más productiva cuando se lleva a cabo dentro de un Sistema Nacional de Investigación de Apoyo y Promoción, con funciones esenciales que son muy claras. Establecer prioridades de investigación, que no deberían estar ligadas a intereses individuales y que deberían estar totalmente alejadas de conflictos de interés. Se debería promover el desarrollo de capacidades de investigación, definir normas y estándares para la investigación y, sobre todo, asegurar el traslado de la evidencia a la práctica. La investigación efectiva necesita definitivamente en todos los países y en el nuestro, mecanismos transparentes y responsables para la asignación de fondos, además de instituciones y redes de investigación bien establecidas. Tenemos en este momento al Concytec, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología que está trabajando y que tiene muchos fondos para investigación. Pero sorprendentemente el plan que Concytec culmina este año nunca consideró salud dentro de sus líneas. Y creo que este es el momento para trabajar a fin de que salud esté incluida y se dirija a este mismo objetivo, el de mejorar la cobertura universal.

En conclusión, la investigación para la salud debe ser vista como la producción de conocimiento con el objetivo de comprender los retos de la salud y de montar una mejor respuesta a estos retos. Y estas respuestas deben ser todas de innovación, algunas tecnológicas, algunas de políticas y de entrenamiento de recursos humanos.

Hay un aumento dramático en la cantidad de evidencia que demuestra los beneficios que provienen de la investigación para la salud. La reforma de la salud peruana debe incorporar a la investigación como un eje transversal en todas sus acciones, y se requiere un Sistema Nacional de Investigación que incluya a la investigación para la salud.

Y solo quiero terminar con una frase sobre el enfoque de la cobertura universal de salud, de Julio Freite, Decano de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard, que fue uno de los grandes impulsores de la reforma en México, pero que también logró introducir todos estos conceptos claves de investigación: “Lo más importante en toda inversión a largo plazo en las instituciones de investigación, es que generen finalmente evidencias para la formulación de políticas de excelencia”.