

## **La integración de la salud pública y los centros investigadores, aún falta por avanzar.**

**The integration of public health and research centers, still needs to be advanced.**

**Ricardo Cartes-Velásquez<sup>1</sup>.**

Gran parte de la investigación biomédica actual se realiza con la participación de pacientes o usuarios del sistema sanitario. Ya sea para probar nuevos tratamientos, métodos diagnósticos o herramientas de gestión, para conocer el estado de salud en un área específica o los determinantes de ella, en cualquier caso, se vuelve imprescindible que los pacientes participen.

Por cierto, los resultados de estas investigaciones irán (deberían ir) en beneficio de este mismo grupo de pacientes y sus comunidades. En ese sentido, la empresa investigativa es colaborativa, no explotadora.

Pero para que esta colaboración tenga lugar es necesario que se den ciertas condiciones marco, de otra forma, cada investigación debería iniciar un largo peregrinaje de trámites y burocracia para poder llegar a autorizarse. Considerando que casi toda la investigación se realiza en las universidades por carreras de las ciencias de la salud, carreras que ya tienen convenios docente asistenciales, finalmente el marco general para desarrollar investigación se corresponde con estos convenios docentes asistenciales. Por supuesto, existen otras regulaciones legales y administrativas que van delimitando y estructurando de mejor forma este marco, pero en mi experiencia la base es lo docente asistencial.

Lamentablemente, este marco no siempre brinda las mejores condiciones para realizar investigación. Si lo esperable es que el marco facilitara e hiciera más eficiente el realizar investigación sanitaria, no en pocas oportunidades, ocurre lo contrario. Solo para ejemplificar como el marco termina complicando las cosas, mencionar las dobles o triples autorizaciones de comités de bioética, las negociaciones inconexas entre lo que buscan los investigadores y lo que les

interesa a las jefaturas de los centros de salud, la falta de puestos de trabajo específicos para investigadores en salud en los centros de salud, entre otros. La raíz del problema en todos esos casos, a mi parecer, es la falta de integración de la salud pública y los centros investigadores; la consecuencia del problema, desaprovechar oportunidad para mejorar nuestro sistema de salud pública.

En el caso de las autorizaciones de los comités de bioética, el problema es que para cada uno de ellos se debe realizar un trámite que en el mejor de los casos tomará semanas y en algunos casos años. No son raros los casos en que los protocolos de investigación pasan por un comité interno, luego uno institucional (universitario) y finalmente uno del servicio de salud.

Si cada uno de esos comités se ajusta a estándares legales y metodológicos similares, los 3 terminarán dando una respuesta parecida. Esto implica que simplemente se triplica el trabajo. Por otro lado, si los estándares entre los comités no están estandarizados, el protocolo se verá sujeto a exigencias poco coherentes o de plano contradictorias.

Una ventaja sería que la revisión del primer comité mejore el protocolo, haciendo más fácil y breve la revisión del segundo y tercer comité, pero casi siempre la revisión en cada comité parte de fojas cero y se sigue triplicando trabajo. Una solución sería que el primer y segundo comité se centraran en un rol asesor, dejando al tercero un rol autorizador, pero con un trabajo integrado entre ellos para mejorar y agilizar el proceso en su conjunto.

En cuanto a las negociaciones inconexas, el ejemplo típico es la tesis de pregrado en que un docente universitario propone un tema de investigación interesante y novedoso para fines

<sup>1</sup> Editor en Jefe, International Journal of Medical and Surgical Sciences.

de publicación. Por otro lado, el jefe de servicio o el clínico tiene otros intereses, según lo que ve en la práctica clínica.

Al medio encontramos al estudiante, tratando de cuadrar el círculo en 3 a 6 meses. Todo esto mejoraría si existiesen reuniones de trabajo científico entre clínicos y docentes investigadores, definiendo intereses comunes y positivos para ellos como profesionales y para los pacientes.

Esto nos lleva al tercer punto, la falta de investigadores en los centros de salud, ellos podrían ser el nexo perfecto entre los centros investigadores y los centros sanitarios, mejor aún, podría convertir a los centros sanitarios en centros de investigación que se integraran

de mejor forma con las universidades y otros centros de investigación.

Creo que para la mayoría no hay dudas que falta más y mejor investigación clínica y epidemiológica en nuestro país. Por un lado, están las universidades con sus capacidades metodológicas y por otro los centros de salud con sus capacidades clínicas, solo falta mejorar la integración.

Una vía rápida de solución, en el futuro (ojalá cercano), podría ser la creación de puestos de trabajo para investigadores en hospitales y otros centros de salud. Todo eso ya existe, no necesitamos inventar la rueda, solo un poco de voluntad para echarla a rodar.