

La investigación como herramienta para mejorar el área de la salud mental y neurológica en países con pocos recursos.

Research as a tool to improve the mental and neurological health area in low-resource countries.

Fabián Fiestas¹.

RESUMEN

Los problemas de salud mental y neurológica contribuyen de manera significativa a la carga global de enfermedad. Sin embargo, este tipo de problemas continúa siendo desatendido, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. Para mejorar esta área de la salud será importante tomar decisiones que signifiquen políticas, programas e intervenciones costo-efectivas. El proceso de tomar decisiones exitosas se verá fortalecido si se cuenta con evidencia científica de base. No obstante, la producción de tal evidencia es escasa en la mayoría de países con pocos recursos. En este artículo, el autor evalúa el estado actual de la investigación en salud mental y neurológica en los países latinoamericanos, enfatizando especialmente lo que se observa en el contexto peruano. El artículo discute los desafíos, recursos y oportunidades que tiene actualmente la investigación en esta área de interés y, finalmente, propone una serie de recomendaciones para potenciar el ciclo de producción-utilización de la investigación que estimule el proceso de toma de decisiones. (*Rev Neuropsiquiatr* 2009; 72:47-57).

PALABRAS CLAVE: Investigación, psiquiatría y neurología, políticas de salud mental, latinoamérica

SUMMARY

Mental and neurological health problems contribute largely to the burden of disease worldwide. However, this type of health problems remain neglected, especially in low- and middle-income countries. Improvements in this area will depend on making decisions that translate in cost-effective policies, programs and interventions. Making the most appropriate decisions will, in turn, be strengthened if scientific evidence is available to inform this process. Nonetheless, scientific production is scant in most limited-resources settings. In this article, the author assesses the status of mental and neurological health research in Latin American countries, with an emphasis on the Peruvian context. Current challenges, resources, and opportunities in the area are discussed to finally draw a set of recommendations designed to boost the research production-utilization cycle that fuels the decision making process. (*Rev Neuropsiquiatr* 2009; 72:47-57).

KEY WORDS: Research, psychiatry and neurology, mental health policies, Latin America.

¹ Médico, Investigador Asociado. Laboratorios de Investigación y Desarrollo, Facultad de Ciencias y Filosofía, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

Las enfermedades neuropsiquiátricas representan globalmente una indiscutible prioridad de salud. Esta calificación se sustenta en que en el mundo, 6 de las 20 causas más importantes de carga de enfermedad - concepto que incluye las pérdidas por discapacidad y muerte prematura- pertenecen a este tipo de entidades clínicas (1). Este panorama es similar en el Perú, donde la depresión mayor y los problemas relacionados con el alcohol representan dos de las primeras cinco enfermedades que generan más pérdidas de todo orden. Además, la esquizofrenia, las enfermedades cerebrovasculares y el trastorno bipolar quedan incluidos si se extiende esta lista para mostrar las primeras 20 causas de carga de enfermedad. Esto hace que en el Perú, como en otros países de similares características económicas, las enfermedades neuropsiquiátricas se encuentren entre aquellas que irrogan mayores costos a la sociedad -por encima, incluso, de otras enfermedades visibles como las cardiovasculares o la tuberculosis (2).

No obstante la posición prioritaria de los problemas de salud mental y neurológica (MN), éstos continúan siendo relegados en las agendas de salud en muchos países. Esto se refleja en la ausencia de políticas y estrategias específicas para hacer frente de manera óptima a los problemas de salud MN, así como en vacíos y retrasos en la implementación de éstas. Por ejemplo, para muchos países pobres, se ha reportado que el número de instituciones y de profesionales especializados en el área de la salud MN no es suficiente para cubrir las demandas de atención y que muchos de los tratamientos requeridos no son fácilmente accesibles (3). Esta situación se debe en parte al estigma y la discriminación ante este tipo de problemas, alimentada a su vez por el desconocimiento acerca de la salud MN entre la población general, incluyendo a actores con responsabilidades en el bienestar de la población (p.e., legisladores, autoridades), y también entre algunos profesionales de la salud (4-6).

Estas circunstancias desventajosas para la salud MN son comunes en la mayoría de países del mundo. Sin embargo, en los países de medianos y bajos ingresos, la problemática es aún más acentuada (7). Y contrario a lo que se podría esperar, hay evidencia de que la limitada disponibilidad de recursos en estos países sólo explica parcialmente esta situación. Por ejemplo, es claro que existe una amplia variabilidad en el grado de desarrollo de los sistemas de salud MN entre países con similares niveles de pobreza, así como hay países muy pobres con sistemas de salud MN más eficientes

que otros con mayores recursos (8). Esto sugiere que la pobreza no necesariamente impide hacer mejoras en el área de la salud MN y que una inversión inteligente de los escasos recursos puede ser la clave para lograr tal objetivo.

Las mejoras en el área de la salud MN requieren un trabajo consistente en relación a muchos factores, como por ejemplo sensibilizar a la población general (especialmente, tomadores de decisiones en instituciones y ministerios) sobre estos temas, combatir la pobreza y desigualdad, incrementar el acceso de las poblaciones a servicios de salud de calidad. Pero, sea cual fuere el tipo de acción que se decida tomar, será muy importante evitar improvisaciones. Para que la inversión en cualquier tipo de acción sea inteligente se debe evitar que las decisiones sean basadas en idiosincrasias individuales o tendencias exclusivamente políticas. Más bien se debe dar paso a una cultura en que las intervenciones, programas y políticas se generen básicamente desde un cimiento científico. La medicina es ciencia al fin y al cabo, tanto si la aplicamos a individuos en el consultorio o en la cama de un hospital, o si la aplicamos a poblaciones enteras.

El éxito de las iniciativas orientadas a mejorar la salud dependerá en gran medida de la disponibilidad y uso de evidencia científica, especialmente de la de origen local o nacional. En un país donde los recursos son escasos, no es la mejor idea arriesgarlos intentando acciones a ciegas o basadas en poca información. Aún las intervenciones que hayan mostrado ser exitosas en un contexto específico pero diferente, pueden no serlo en otro contexto particular. Y aún cuando las acciones sean propuestas por expertos locales, recordemos que las opiniones de expertos es evidencia limitada, y por lo tanto deben ser consideradas como buen punto de partida, pero no constituir la evidencia última a usar para sustentar decisiones finales, las cuales deben en lo posible ser basadas en la investigación sólida.

La investigación no sólo cuantifica y localiza los problemas de salud en las poblaciones, lo cual es importante para señalar prioridades y decidir presupuestos, sino que además proporciona herramientas eficientes para enfrentar estos problemas (9-10). Las políticas, programas, o intervenciones basadas en la evidencia tendrán una mayor probabilidad de éxito en cuanto a efectividad, ahorro, independencia y sostenibilidad. Empero, algunos actores estipulan que cuando hay escasez de recursos, como es el caso de países pobres, no es conveniente demorar la "acción"

invirtiendo los pocos recursos en generar evidencia científica, a la cual ven de poco valor práctico. Tales opiniones, sin embargo, están en contradicción directa con lo que es históricamente evidente en relación a muchas herramientas que hoy usamos cotidianamente, como por ejemplo las vacunas (que han ayudado a erradicar varias enfermedades infecciosas), el uso del preservativo (que ha ayudado a reducir las infecciones de transmisión sexual) y el uso que los clínicos hacen de cientos de fármacos para el tratamiento de enfermedades (que han ayudado a extender las curvas de esperanza de vida al nacer). El uso práctico y económico de estas herramientas, y otras, también nacidas de la investigación, es indiscutible.

Cuando los recursos son escasos hay una mayor necesidad de utilizarlos de manera costo-efectiva, lo cual se logra si las intervenciones se basan en evidencia científica. Por el contrario, acciones ciegas o derivadas de una decisión tomada con información parcial o descontextualizada pueden llevar a un uso irresponsable de recursos. Si las acciones a ejecutarse no han sido contrastadas con la realidad local, que es lo que la investigación hace, tienen alta probabilidad de resultar fallidas, con lo cual los pocos recursos resultan malgastados y la población queda sin resolver sus problemas, con el riesgo adicional de constituir un círculo vicioso de enormes consecuencias.

En este contexto, con la meta a largo plazo de potenciar la producción y utilización de investigación en salud MN, el Foro Global para la Investigación en Salud (*Global Forum for Health Research*, GFHR) y la Organización Mundial de Salud (OMS) convocaron a seis equipos de investigación en Latinoamérica, África y Asia para valorar el estado actual de la investigación en salud MN en estas regiones. El presente artículo basa su contenido, en gran medida, en los principales hallazgos de estos estudios (11-15), pero enfatiza especialmente lo que se observa para la realidad peruana.

Desafíos en la producción de investigación en salud MN

La producción de investigación es escasa: No cabe duda alguna de que, para los países pobres, la producción en publicaciones científicas es escasa. Esto se refleja en una sub-representación de estos países en bases de datos internacionales de literatura científica, como son PubMed y PsycInfo. En Latinoamérica, por ejemplo, ocho de los 30 países de esta región no tuvieron ninguna publicación en salud MN en revistas indexadas

en PubMed y PsycInfo en un lapso de 10 años (1993-2003). Además, la gran desigualdad en producción de publicaciones en salud MN entre los países latinoamericanos se hace evidente cuando vemos que la mayoría de publicaciones vienen de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela, con muy pocas o ninguna de los países restantes. Aún así, la producción de aquéllos seis está bastante lejos de igualar a la de los países desarrollados (11).

La producción científica publicada en revistas no indexadas en bases de datos de literatura científica es más difícil de encontrar y, por lo tanto, su evaluación y uso son deficientes. Aun cuando iniciativas como SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) ayudan a contrarrestar la poca accesibilidad de publicaciones locales, estas iniciativas son todavía insuficientes. Muchos estudios locales permanecen desconocidos para sus potenciales usuarios ya que son publicados en revistas de circulación limitada, en boletines y reportes institucionales, o en tesis de grado, maestría o doctorado en formato físico presentes sólo en las gavetas o anaqueles de bibliotecas universitarias o institucionales. Al ser inaccesibles para el público potencialmente interesado, estas investigaciones son funcionalmente inexistentes y aportan muy poco al desarrollo científico o tecnológico, aún en el medio local.

La financiación de la investigación es mínima:

La mayoría de las investigaciones realizadas en los países pobres es financiada con los propios recursos de los investigadores. Esto hace que las investigaciones sean de limitada envergadura y abarquen fundamentalmente intereses particulares de los investigadores, los cuales en muchos casos pueden no coincidir con las prioridades locales. Por otra parte, las pocas investigaciones de mayor magnitud que se realizan en estos países tienen lugar en el contexto de ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica, o estudios patrocinados por organizaciones no gubernamentales, agencias de gobiernos extranjeros (fundamentalmente de los Estados Unidos), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras instituciones de alcance internacional. Una vez más, aunque con diferentes perspectivas, estas investigaciones siguen los intereses específicos de los patrocinadores, los cuales también pueden no coincidir con las prioridades locales.

Este divorcio entre las pocas investigaciones que llegan a realizarse y las necesidades locales no es

responsabilidad de los patrocinadores privados o internacionales, ni de los investigadores. De hecho, de no ser por estos actores, la investigación en salud MN sería aún más escasa e incluso inexistente para muchos países. La responsabilidad de que exista escasa investigación en las prioridades locales descansa en los gobiernos e instituciones que no invierten recursos para producirla. En el Perú, por ejemplo, no se puede mencionar una sola institución del Estado que tenga un sistema de concurso sostenido para ofrecer financiación a los mejores proyectos de investigación en temas de salud MN. En otros países (p.e., EE.UU.), ese rol recae en los institutos nacionales de salud, que anualmente abren convocatorias a concursos para financiar proyectos sobre temas específicos de salud. Esta manera de invitar a los investigadores a enfocarse en prioridades locales de salud MN aún está ausente en el Perú.

La carencia de financiación para la investigación en salud MN se debe a dos factores fundamentales. Primero, la salud MN *per se* es un área de muy poco interés para los gobiernos de países pobres. En el Perú, por ejemplo, esta área recibe una fracción muy pequeña (2%) del total del presupuesto de salud (16). Este déficit es justificado por políticos o administradores que toman decisiones con frases como “la depresión no mata,” o “hay enfermedades más importantes, como la tuberculosis por ejemplo, a las que tenemos que atender primero.” Aunque los estudios de carga de enfermedad señalan claramente que los problemas de salud MN son prioritarios, por alguna razón, este mensaje no resuena entre aquellos que toman decisiones en salud.

El segundo motivo que explica la escasez de financiación para la investigación es que ésta, en general, es considerada como prescindible, con muy poca utilidad práctica. Esta cultura, en que la investigación no es asumida como una herramienta en la toma de decisiones, especialmente aquellas que tienen que ver con la salud pública, causa lógicamente que no se asignen o deriven recursos para generarla. La sinergia entre estos dos factores (i.e., el relegamiento de la salud MN y el de la investigación) resulta entonces en una escasez de infraestructura, de soporte administrativo y logístico en las instituciones, y de recursos humanos abocados a generar investigación en el área específica de salud MN.

Los recursos humanos entrenados para hacer investigación son escasos: A pesar de que existe un considerable número de profesionales en salud MN para

la mayoría de países latinoamericanos (incluido el Perú), muy pocos de ellos se ocupan de hacer investigación en el área. Esta carencia de recursos humanos afecta todas las fases en la producción de investigación: desarrollo de protocolos, búsqueda de financiación, implementación de los proyectos, diseminación de los resultados y finalmente la traducción de la evidencia resultante en políticas, programas o intervenciones específicas hacia la población. Los factores que explican la escasez de profesionales de la salud MN que aporten al acervo científico local incluyen la falta de oportunidades de entrenamiento tanto en métodos de la investigación y escritura científica, como en métodos de traducción de resultados. Además, existen pocas posibilidades de generar ingresos económicos de la investigación y aún poco reconocimiento académico por hacerla.

La investigación es una actividad ardua que necesita de muchas habilidades intelectuales que abarcan, entre otras, la clínica, la matemática, la administrativa, y hasta la habilidad literaria. Es una actividad que demanda mucho tiempo y sus frutos maduran lentamente. El poner en acción todas las habilidades requeridas en la investigación necesita de un entrenamiento *ad hoc*, tanto teórico como práctico. En la mayoría de países desarrollados este entrenamiento se adquiere en los programas de postgrado, donde los estudiantes, especialmente de doctorado, pasan al menos 40 horas a la semana dedicados al estudio y a la investigación por un lapso de al menos 5 años. Estos programas tienen sistemas de financiación que apoyan a la mayoría de estos estudiantes y provienen de fuentes generalmente públicas (p.e., del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos) y privadas –aunque algunos estudiantes financian sus estudios con su propio peculio. Durante ese tiempo, los estudiantes de postgrado trabajan de cerca con profesores universitarios que están abocados a actividades de investigación. En ese contexto de inmersión, y bajo la tutela de profesionales experimentados, los estudiantes reciben un entrenamiento de alto nivel y, además, reciben un sueldo por ello. Sistemas similares podrían implementarse en países como el nuestro.

Programas de entrenamiento de profesionales en investigación y materialización de resultados en políticas, programas o acciones específicas pueden activar un círculo virtuoso que puede tener un impacto sostenible. Por ejemplo, imaginemos un escenario donde el Instituto Nacional de Salud convoque cada año a concurso para financiar 10 proyectos de investigación en depresión,

violencia o problemas relacionados con el alcohol (al ser éstas, como se ha mencionado antes, prioridades nacionales de salud), propuestos por cualquier profesional en la comunidad científica nacional. Imaginemos que las convocatorias requieran que estos proyectos incluyan la financiación de los gastos de estudio y manutención de un estudiante de doctorado con dedicación exclusiva. Además, imaginemos que estos proyectos incluyan honorarios atractivos para los investigadores a cargo de los mismos. Muchos investigadores se verían tentados a participar en una convocatoria de esas características. La competencia entre ellos por ganar financiación hará que se generen propuestas de buena calidad y, de ser sostenido este sistema, con posibilidad de que esa calidad mejore en los años subsiguientes. Al irse ganando experiencia en escribir propuestas e implementar proyectos, y a medida que los resultados y publicaciones de los proyectos financiados vayan concretándose, los subsecuentes proyectos pueden ser más ricos y valiosos. Además, el pago a los investigadores haría que éstos puedan dedicar más tiempo a los proyectos, asegurando su calidad y la rapidez con que se lleven a cabo. Asimismo, la subvención de estudiantes de postgrado incrementaría la masa crítica de investigadores altamente entrenados que, a su vez, contribuiría a fortalecer aún más la calidad de las futuras postulaciones a financiación y de las investigaciones así generadas.

Un sistema, como el aquí descrito, destinado a financiar proyectos locales ayudaría también a combatir, e incluso revertir, uno de los más grandes problemas que tienen los países pobres: la “fuga de cerebros”. Muchos de los profesionales en países pobres, especialmente aquellos en carreras biomédicas, buscan migrar a países del primer mundo dadas las oportunidades económicas, académicas y de investigación allí existentes. El Perú, por ejemplo, tiene la mayor tasa de migración de médicos hacia los Estados Unidos (17), entre los países latinoamericanos. Las pérdidas económicas locales y en la producción de conocimiento debidas a la migración de médicos aún esperan ser cuantificadas, pero es probable que este fenómeno migratorio esté impactando negativamente el acceso y calidad de los servicios de salud en el país. En investigación, la “fuga de cerebros” sería aún de mayor magnitud, pero un sistema de financiación de investigación sostenible que permita a profesionales de la salud MN iniciar una carrera que les genere ganancias económicas y académicas, puede incentivar a profesionales jóvenes y prometedores a quedarse en el Perú y aquéllos que emigraron, a retornar al país.

Además de las pocas oportunidades de entrenamiento en campos de investigación y traducción de resultados, las escasas convocatorias locales que existen en nuestro país no consideran ni permiten pago a los investigadores. Las razones incluyen escasez de recursos, el ímpetu de financiar el mayor número de proyectos y la idea de que estas convocatorias tienen el fin de sólo lanzar nuevos equipos de investigación o nuevas líneas de investigación entre equipos ya asentados. Aun cuando estas explicaciones pueden parecer razonables, el no contemplar pago a los investigadores puede ser la causa de varias de las deficiencias que existen ahora en el campo de la investigación científica. Por ejemplo, muchos profesionales de la salud prefieren no participar en éstas convocatorias y proceden a invertir la mayor parte si no todo su tiempo profesional en actividades que sí les generen ingresos económicos. Esto hace que estas convocatorias sean más populares y, por ende, ganadas, en su mayor parte, por grupos de investigación ya establecidos, muchos de los cuales cuentan ya con financiaciones importantes del exterior o del área privada, y no precisamente por investigadores nuevos o independientes que son los que más necesitan este tipo de incentivos.

Más aún, el hecho de que no se permita el pago a investigadores en las convocatorias locales puede causar que aquellos entusiastas que, aún en esas circunstancias, se presentaron a concurso y ganaron, finalmente corran el riesgo de no cumplir completamente con las demandas del proyecto. Esto se debería a que las actividades *ad honorem* del proyecto compiten con las actividades que sí generan ingresos económicos al investigador (p.e., la consulta privada). En algún momento, el investigador se sentirá obligado a priorizar un tipo de actividad en desmedro de otras, con obvias o muy probables preferencias. Por ende, resulta muy difícil que un investigador pueda vivir sólo de la investigación en el Perú. Finalmente, no pagar a los investigadores por el trabajo que significa producir ciencia es reforzar la idea de que hacer investigación es un acto de ocio o un pasatiempo, una actividad de “tiempo libre”. El mensaje percibido es que hacer investigación es un acto aristocrático o artístico, hecho con el fin de sólo deleitar el espíritu del investigador o de algunos pocos. El no pagar por el tiempo dedicado a la investigación es negar, tácitamente, que ésta constituya un trabajo.

El otro factor que ahuyenta a los profesionales de la salud de las actividades de investigación es el poco

reconocimiento académico y profesional que las instituciones, incluso las universitarias, dan a estas actividades, en contraste con el grado de esfuerzo y dedicación que la investigación requiere. Esto es más notorio en instituciones que imparten servicios de cuidado de la salud, donde la productividad se mide casi exclusivamente en términos de la cantidad de pacientes atendidos o dados de alta. Por su parte, muchas universidades, que se supone tienen como fin la producción de conocimiento, no tienen políticas claras de fomento de la investigación a través de, por ejemplo, la consideración de ésta al contratar, promocionar o remunerar a sus profesores. Muchas universidades no requieren incluso que sus profesores cumplan con una cuota mínima anual de publicaciones o de financiaciones para investigación ganadas, y aún no reconocen a aquellos que sí llegan a tener una producción científica robusta.

Un ejemplo local que ilustra cómo la producción heurística es de poca consideración en la construcción de carreras académicas exitosas, es la poca importancia que se le otorga en las postulaciones para la residencia en especialidades médicas. Actualmente, en el Perú, un artículo publicado en una revista científica tiene el mismo peso que asistir a cursos de actualización médica en la evaluación de candidatos a los programas de residentado médico. Una investigación denota trabajo dedicado de meses, incluso años, para llegar a la publicación de los resultados en revistas científicas, especialmente en aquellas de calidad internacional. Una publicación en una revista indexada es un aporte valioso, con alta probabilidad de impacto local y global, lo cual hace difícil entender que se le otorgue un peso tan ligero al evaluar las hojas de vida de jóvenes profesionales.

Desafíos en la utilización de la investigación en salud MN

La investigación es una herramienta para el desarrollo y debe ser siempre concebida en términos de su potencial impacto en mejorar la calidad de vida de las personas. Una investigación no termina con la recolección de información y su inclusión en una base de datos. Significa más bien haber procesado esos datos y haberlos convertido en información científica lista a ser usada. Para que esto ocurra, la información debe ser accesible en todo momento a los potenciales usuarios (como son otros investigadores, clínicos, autoridades o instituciones de salud, o aquéllos que generan políticas o programas de salud pública). Así,

la investigación tiene significado sólo en la medida que sus resultados son publicados y difundidos.

En general, la difusión de los resultados de las investigaciones puede tener dos tipos de público objetivo: la comunidad científica (que incluye investigadores y profesionales de salud) y la comunidad no-científica (que incluye por ejemplo legisladores, tomadores de decisiones y el público en general). A la primera se le alcanza principalmente a través de las revistas científicas (las cuales son accesibles mediante bases de datos como PubMed, PsycInfo, LILACS, Web of Science, entre otras) y a la segunda a través de los medios de comunicación no especializados (p.e., radio, periódicos, televisión o páginas de Internet). Idealmente, los investigadores debieran hacer esfuerzos para que sus hallazgos se difundan a ambos tipos de público objetivo. Cuanto mayor sea la diversidad de actores que tomen conocimiento de la información generada, mayor será la posibilidad de que ésta se convierta en acciones que beneficien a la sociedad.

Los medios masivos de comunicación quizá merezcan un análisis más exhaustivo ya que son frecuentemente desatendidos por los investigadores a pesar de constituir un catalizador importante en los procesos de toma de decisiones. Al facilitar el acceso de varios tipos de actores a la información, los medios de comunicación masiva son una plataforma privilegiada para que los investigadores (y en general, los profesionales de la salud) influyan positivamente en la percepción, niveles de estigma y conocimiento básico acerca de los problemas de salud MN. En este sentido, el trabajo del investigador no deberá terminar con la publicación del artículo en una revista científica; él o ella deben interesarse además activamente en que sus hallazgos sean difundidos a través de los medios de comunicación—tarea a la que deben también sumarse sus instituciones de afiliación. De esta manera se incrementará la probabilidad de que los hallazgos científicos puedan ser masivamente visibles y tomados en cuenta a la hora de tomar decisiones y diseñar programas, políticas, o modelos de tratamiento.

Naturalmente, los medios no deben convertirse en los únicos vehículos de difusión de los resultados de una buena investigación. El seguir el camino que pasa primero por publicar en revistas científicas de revisión por pares, hace posible el proteger a la sociedad y al público de una multitud de afirmaciones de validez científica desconocida, que no hayan seguido un

proceso mínimo de evaluación especializada de su calidad. Cuanto mayor sea el nivel de rigurosidad en el proceso de revisión por pares de las revistas científicas (lo cual es cierto para la mayoría de publicaciones indexadas en bases de datos internacionales), mayor será la confianza que se puede tener en la calidad de la investigación publicada –aunque es claro que, finalmente, la calidad de la investigación debe ser siempre reservada al riguroso criterio científico del lector.

Si una investigación ha logrado cumplir con los estándares mínimos de calidad y por ende es publicada en revistas de reconocido rigor en sus procesos de revisión por pares, su difusión a través de medios de comunicación masiva y su acceso al público general serían los lógicos pasos a seguirse. El camino contrario, es decir, publicar primero o sólo en medios no científicos o “laicos” sin adecuados procesos de *screening* o revisión aumenta el riesgo de que la sociedad reciba información sesgada o parcial; una complicación no menos peligrosa de esto es la dificultad de rectificar esta información sin provocar confusiones resultantes de mensajes contradictorios que, en última instancia, generan una pérdida de confianza en la investigación y en los investigadores.

En el Perú, cuando se trata de utilizar los productos de la investigación, existen desafíos no sólo para difundir los resultados hacia los dos tipos de público objetivo, la comunidad científica y la no-científica, sino también en el proceso de traducción o traslado de resultados. En los siguientes párrafos discutiremos desafíos específicos en cada uno de estas tres fases.

Difusión de los resultados entre la comunidad científica: Las deficiencias en este rubro se evidencian en la baja tasa de publicación de investigaciones locales en revistas científicas, especialmente en aquellas de alcance internacional. La mayoría de investigaciones locales quedan sólo en paneles o presentaciones orales en congresos científicos. Otras quedan publicadas, como ya se ha dicho, en revistas o reportes editados por hospitales, institutos, asociaciones profesionales o divisiones de instituciones gubernamentales de poco acceso al público potencialmente usuario de resultados de investigaciones relevantes. Otras nunca llegan a ser publicadas más allá de las pocas copias que las instituciones académicas requieren para una tesis de grado o quedan sólo en una presentación por parte del investigador ante unos pocos pares dentro de su misma institución.

Una de las razones de este fenómeno es que existen muy pocas revistas locales especializadas en salud MN. Aún más, las pocas revistas especializadas que existen en Latinoamérica, con algunas excepciones como la Revista Brasileira de Psiquiatria y la Revista Mexicana Salud Mental, frecuentemente no cumplen con los estándares de revisión por pares o de circulación sostenida como son los requerimientos para ser indexadas en bases de datos como PubMed, PsycInfo, Web of Science, SciELO o LILACS. Por otro lado, la mayoría de revistas de alcance internacional y de alto impacto se publican en inglés y muchos de los investigadores locales carecen de la preparación para escribir en este idioma. Esto hace necesario que las mismas instituciones académicas y de investigación implementen mecanismos internos tales como oficinas *ad hoc* o centros de escritura que asesoren a los investigadores en la preparación del manuscrito en inglés.

Difusión de los resultados hacia la comunidad no-científica: Los medios de comunicación masiva, como la radio, televisión y prensa escrita, representan una herramienta muy eficiente para llegar al público no-científico y, sin duda, también a muchos de la comunidad científica. Cuanto mayor ha sido la intención de la investigación generada de responder a un problema local específico, mayor es la necesidad de difundir los resultados localmente. Esto permitirá que se incremente la posibilidad de que esa información alcance varios niveles de actores locales, desde la población en general, clínicos, profesionales de la salud pública, hasta generadores de políticas u otros tomadores de decisiones, y así lograr implementar iniciativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de la población.

Quizá el primer desafío que haya que superar para un uso efectivo de los medios de comunicación es que los mismos investigadores se interesen activamente en hacerlo; muchos de ellos no gustan que sus investigaciones se difundan por los medios ordinarios. Esta posición (que algunos llamarían “elitista”) limita el impacto que la investigación pueda tener. Por ejemplo, aunque los tomadores de decisiones deben fundamentar sus actividades siempre en evidencia científica, la realidad es que con frecuencia sus decisiones se basan en información que les puede llegar de la prensa, de reuniones con “expertos” o luego de solicitar reportes rápidos a instituciones locales. Estas circunstancias obligan a los investigadores -y en general a los profesionales de salud- a tener que trabajar conjuntamente con los medios de comunicación y así

facilitar el impacto de su producción científica en beneficio de la sociedad, a través de los tomadores de decisiones.

Pero los medios de comunicación tienen sus propios mecanismos e intereses. Esto se hace evidente cuando percibimos que la prensa está poco interesada en temas de salud MN o cuando aborda estos temas en forma sensacionalista. Influir constructivamente en la prensa requiere un reconocimiento de sus procesos para así captar su atención, mantenerla y al mismo tiempo facilitar el acceso de la población a información pertinente y de calidad en temas de salud MN. Al igual que con la escritura de artículos científicos, la interacción con los medios de comunicación no es una actividad con la que uno está familiarizado de inicio. Este tipo de actividad necesita entrenamiento, pero éste es casi completamente inexistente en todos los niveles de pre y postgrado en la educación biomédica y científica en el Perú.

Deficiencias en la implementación de resultados de la investigación local: La opinión dominante entre los profesionales de la salud es que muy pocas investigaciones se convierten en actividades concretas en beneficio de la sociedad, y que esto es particularmente cierto en el área de la salud MN. Tres factores importantes, en la misma línea de los mencionados anteriormente al abordar el tema de poca producción de investigación local, también explican este contexto de pobre utilización de los resultados de la investigación. Ellos incluyen la escasez de profesionales capacitados para las actividades de traslación de resultados en acciones, la limitada atención que los tomadores de decisiones dan a la salud mental y el hecho de que la investigación no es considerada una herramienta positiva de ayuda en los procesos de toma de decisiones.

Los programas de estudio de las carreras biomédicas en la mayoría de las instituciones universitarias del Perú están enfocados casi exclusivamente a la producción de profesionales muy capacitados en las actividades clínicas a nivel de pacientes individuales, pero poco en el cuidado de la salud desde una aproximación más poblacional. En este contexto no sorprende que los recursos humanos sean escasos cuando se requiera traducir un resultado de una investigación a una política o programa de salud, o cuando se requiera evaluar la eficacia de una intervención en salud comunitaria.

El hecho de que la salud MN haya sido históricamente relegada en todos los niveles de su cuidado, no sólo en el Perú sino en muchos otros contextos, explica los pocos avances implementados en esta área. El círculo vicioso que se ha ido reforzando en el tiempo es uno en que la falta de interés en iniciar alguna acción en salud MN ha condicionado un muy limitado apoyo a la investigación en el área, y consecuentemente se dispone ahora de muy poca evidencia para tomar acciones específicas.

Los planificadores de salud no se vinculan necesariamente con aquellos que investigan y con aquéllos en la línea de acción. Se tiene entonces un contexto en el que, por un lado, hay personas en un escritorio planeando acciones en la salud MN de un país (muchas veces con información parcial, escasa o nula) y, por otro, personas en el campo tratando de hacer funcionar esas medidas en el área clínica o de salud pública. Al estar ausentes -del todo o funcionalmente- en este proceso, los investigadores no logran poner en contacto las dos realidades, la de los que planean y decretan las acciones y la de los que finalmente tienen que implementarlas. Medidas que creen puentes de interacción entre estos tres tipos de actores pueden ser tan sencillas como son los eventos sociales (p.e., almuerzo de camaradería), o más sofisticados, como son los foros de alto nivel.

Recomendaciones para mejorar la producción y utilización de la investigación en salud MN

Quizás el primer paso para fomentar la producción y utilización de investigación en salud MN es que los gobiernos deben invertir recursos en el área. La inversión debe ser destinada tanto a incrementar el número de personas capacitadas en investigación (por ejemplo, financiando programas de entrenamiento), como a financiar proyectos de investigación. Esto debe incluir esfuerzos en canalizar el interés y empeño de los investigadores hacia prioridades locales de salud. Sin embargo, dada la reticencia que aún tienen los gobiernos acerca de invertir en salud MN e investigación, es necesario que la comunidad internacional con acciones en salud (p.e., OMS, OPS, entre otras) y la comunidad científica en general jueguen un rol activo en la reivindicación de estas áreas ante los gobiernos y sus personeros.

Luego que se tenga una masa crítica de investigadores

interesados y con recursos suficientes para implementar sus labores, se debe incentivar una interacción estrecha entre éstos y sus potenciales usuarios (p.e., incluyendo legisladores, autoridades institucionales, etc). Para ello será necesario implementar un sistema de coordinación que permita identificar, mapear, contactar y combinar esfuerzos de todas las instituciones y actores interesados o personas entre cuyas funciones están las de cubrir el área de la salud MN y la investigación. Este intercambio sin duda acelerará una producción y utilización de investigación basada en prioridades locales, y a su vez ayudará a evitar duplicación innecesaria de esfuerzos, iniciativas estériles, prioridades olvidadas u oportunidades no aprovechadas. Todo esto significará una inversión más eficiente de los pocos recursos.

La interacción entre los investigadores y tomadores de decisiones incrementará la oportunidad de que éstos últimos usen la evidencia científica contextualizada en su trabajo –lo cual, además, les facilitará la rendición de cuentas a lo largo y al final de sus periodos de gestión. Esto causará no sólo que se disminuya el número de decisiones arbitrarias, sino que hará del estado y las instituciones locales los mayores consumidores de investigación. Y al haber demanda, tendrá que haber oferta. Los investigadores, las instituciones académicas y las de investigación tendrán que cubrir esa demanda, promocionándose así una cultura de la investigación como actividad, no de lujo o de ocio, sino una actividad económica como cualquier otra en el ecosistema sociopolítico.

El fomento de la producción y utilización de la investigación obligará a las instituciones a potenciar sus capacidades humanas y físicas para poder competir. Por ejemplo, deberán fortalecer los programas de entrenamiento, tanto en pregrado como en postgrado; tendrán que crear o potenciar mecanismos administrativos y logísticos que faciliten y aceleren los procesos de implementación de investigaciones y de difusión de la información (para esto último, se dijo ya que la creación de centros internos de ayuda en la escritura, tanto científica como periodística, especialmente en inglés, puede constituir de gran ayuda). La institución que sea más exitosa en implementar facilidades de investigación tendrá mayores publicaciones y, con ello, mayor impacto en la comunidad científica, académica y de toma de decisiones. Esto contribuirá a incrementar su prestigio, lo cual induciría un mayor interés de apoyo e inversiones por parte de un número creciente de instituciones financiadoras de investigaciones.

Cuanto más evidencia científica generen los grupos locales, más información pertinente estará disponible para que aquéllos que cuidan de la salud pública puedan tomar decisiones exitosas. Esto se traducirá en un mejor bienestar de la sociedad y en una eficiente inversión de los escasos recursos. De hecho, se ha descrito que por cada dólar que los estados invierten en salud, hay una ganancia de hasta tres dólares, y si la inversión es en prioridades de salud, esta ganancia se potencia y por cada dólar que se invierte, retornarán nueve (18). Pero para que esto ocurra, la inversión debe ser inteligente, lo cual provendrá de que las decisiones se basen en genuina evidencia heurística.

En el Perú, cinco de las 20 enfermedades con mayor generación de discapacidad y muerte prematura pertenecen al área de la salud MN, e incluyen depresión, trastornos por uso de alcohol, esquizofrenia, enfermedades cerebrovasculares y trastorno bipolar (2). Si agregamos violencia, estas prioridades reportadas para nuestro país coincidirían con los informes mundiales de carga de enfermedad (1) y con las percepciones que tienen actores claves de la salud MN en Latinoamérica y el globo (13,15). Todo ello hace que estas patologías sean candidatas de excepción por las cuales empezar a investigar en el área.

Además, en el Perú, como en la mayoría de países pobres, las investigaciones epidemiológicas parecen ser las más urgentes dado que aun es necesario perfeccionar los datos de carga de enfermedad y localizar a las poblaciones de mayor riesgo. En esto se han hecho avances con la implementación de varios estudios que contienen información relevante para la salud MN, como por ejemplo la recogida por la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA; con las encuestas de escolares; http://www.devida.gob.pe/Documentacion/documentosdisponibles/II_Estudio_Nacional_EscolaresSec_2007.pdf), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI; con las encuestas de demográficas y de salud familiar, ENDES; <http://desa.inei.gob.pe/endes/>) y el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (con estudios epidemiológicos en salud mental en varias ciudades del país; <http://www.insm.gob.pe/oeaide.htm>).

Estas iniciativas epidemiológicas en el Perú son pasos en la dirección correcta, pero su potencial aún espera ser explotado completamente. Las publicaciones en revistas científicas derivadas de estos estudios epidemiológicos son aún pocas, lo cual no se condice con la cantidad de información contenida en esas bases

de datos. Debido a que esta situación se puede estar derivando de la escasez de financiamiento y de recursos humanos suficientes para poder completar el análisis de los datos obtenidos y escribir los artículos dentro de las instituciones del Estado que son patrocinadores de estos estudios, una de las posibles soluciones a este problema consiste en hacer públicas las bases de datos, especialmente aquellas financiadas con dinero público.

El uso público de bases de datos ya existentes en el Perú constituiría un paso sencillo y su potencial impacto es prometedor, como ha sido la experiencia en otros países. (Por ejemplo, en EE.UU. hay una vasta producción científica desde el uso de bases de datos públicas, como son los datos de la National Health and Nutrition Examination Survey, que es una iniciativa epidemiológica llevada a cabo anualmente y de la que se han derivado a la fecha más de 16,000 publicaciones en revistas científicas indexadas en PubMed; <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>). Al ser públicas, las bases de datos podrían ser utilizadas por estudiantes de pre y postgrado para sus tesis de grado y publicaciones requeridas en sus programas, o como evidencia de base para nuevas propuestas de investigación. Más aún, el interés de los investigadores locales en trabajar estas bases de datos puede incrementarse si alguna de las entidades públicas de salud abre convocatorias para financiar este trabajo. El impacto de una iniciativa como ésta podría ser evaluada en el corto plazo midiendo el incremento del número de publicaciones en revistas científicas locales e internacionales, y eventualmente en los medios de comunicación. El probable impulso en la producción de evidencia científica que así se genere brindará a los tomadores de decisiones y profesionales de la salud en general, información lista a ser utilizada.

Finalmente, la utilización de resultados de investigaciones podría ser fortalecida por el Estado mediante la implementación de un sistema de inteligencia cuya función sea la de organizar y potenciar este ciclo de investigación-traducción para obtener el producto final, esto es, la conversión de la evidencia científica en políticas e intervenciones específicas, sumándose así a iniciativas que ya se están dando (p.e., ver <http://www.cohred.org/>). Con ello se habrá potenciado un “círculo virtuoso” que logrará de manera progresiva, sostenida e independiente mejorar la salud y bienestar de las personas.

Agradecimientos:

El autor agradece a Danelia Fiestas, Álvaro Alvarado y Javier Ponce por sus comentarios y asistencia en la elaboración de este manuscrito.

Correspondencia:

Fabián Fiestas

Unidad de Neurobiología Molecular, Laboratorios de Investigación y Desarrollo. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Av. Honorio Delgado 430, Urb. Ingeniería, S.M.P.

Lima - Perú.

Correo electrónico: ffiestas@upch.edu.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. World Health Report 2001- Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Velásquez A. Análisis del Estudio de Carga de Enfermedad en el Perú – MINSA 2004 y propuesta metodológica para el ajuste con datos nacionales de morbilidad. Lima: Proyecto PRAES-USAID; 2006.p. 64.
3. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007 ;370(9590):878-89.
4. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000;177:396-401.
5. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA* 1997;277(4):333-40.
6. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):163-79.
7. Saraceno B, van Ommeren M, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370 (9593): 1164-74.
8. Jacob KS, Sharan P, Mirza I, et al. Mental health systems in countries: where are we now? *Lancet* 2007;370(9592):1061-77.
9. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PG, et al. The mental health system in Brazil: Policies and future challenges. *Int J Ment Health Syst* 2008;2(1):12.
10. World Health Organization. Economic Aspects of the Mental Health System: Key Messages to Health Planners and Policy-Makers. Geneva: World Health Organization; 2006.

11. Razzouk D, Gallo C, Olifson S, et al. Challenges to reduce the '10/90 gap': mental health research in Latin American and Caribbean countries. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118(6):490-8.
12. Fiestas F, Gallo C, Poletti G, et al. What challenges does mental and neurological health research face in Latin American countries? *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(4):328-36.
13. Fiestas F, Gallo C, Poletti G, et al. Improving mental and neurological health research in Latin America: a qualitative study. *BMC Public Health* 2009;9:334.
14. Razzouk D, Sharan P, Gallo C, et al. Scarcity and inequity of mental health research resources in low-and-middle income countries: A global survey. *Health Policy* 2010. (En prensa).
15. Sharan P, Gallo C, Gureje O, Lamberte E, Mari JJ, Mazzotti G, et al. Mental health research priorities in low- and middle-income countries of Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Psychiatry* 2009 Oct;195(4):354-63.
16. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: World Health Organization; 2005.
17. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005 Oct 27;353(17):1810-8.
18. The commission on macroeconomics and health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: World Health Organization; 2001.