

## Algunas consideraciones sobre la investigación clínica en México

Las evaluaciones practicadas en los últimos 15 años acerca de la investigación clínica concuerdan en señalar las siguientes características:

1. El esfuerzo dedicado a labores de investigación es muy limitado; a escala nacional, en 1973, los recursos destinados a la investigación y al desarrollo tecnológico alcanzaron 0.26 por ciento del PNB, y aún cuando la cifra de 1,900 millones pueda parecer respetable, las Naciones Unidas recomiendan que un país como el nuestro debe invertir por lo menos 1 por ciento del PNB; sólo será hasta 1980 cuando se alcance ese nivel. Países como los EU, Rusia y Japón gastan cifras del orden de 4-6 por ciento y, como el PNB es 10 a 20 veces mayor, resultan inversiones reales que son centenares de veces superiores a las de nuestra patria. No es de extrañar que, en 1970, según datos de la UNESCO, México tuviera un investigador por cada 65 estudiantes; Japón tuviera 7.6 estudiantes por investigador, y que las cifras para Rusia y los EU fueran de 5.7 y de 11.5 respectivamente.

En un campo como el de la investigación clínica, donde el trabajo implica tiempo, gastos de operación, instalaciones *ad hoc*, organización administrativa y equipo de trabajo que constituya masas críticas; es inescapable que cualquier intento serio por mejorar lo existente no debe aumentar los recursos, en fracciones o proporciones del 40 ó 50 por ciento, por impresionantes que parezcan a primera vista, sino que para la fase inicial, el orden de magnitud debe ser del 400 por ciento por lo menos. Debe reconocerse que, en la investigación, a diferencia de lo que ocurre en la educación, la nutrición o la vivienda, en donde 5 por ciento menos de analfabetos, 5 gramos de proteínas diarias adicionales o 10,000 vi-

viendas son logros importantes, y el progreso no puede ser de otra manera; en nuestra patria la investigación adolece de carencias tan grandes, y la naturaleza del proceso es tal que una inversión no resulta "rentable" o trascendente si no se plantea de manera a llegar a un nivel mínimo basal a partir del cual el progreso o el aumento en las inversiones pueda ser de un monto menor y progresivo.

2. Con todo y ser muy importante la limitación en los recursos destinados a la investigación, más importante es el poco interés del público, de la iniciativa privada, y de las autoridades por la investigación y la salud. Hablo en términos equivalentes de una y de la otra por que, si el presupuesto destinado a salud disminuye, no es creíble que el de investigación vaya a permanecer estacionario o aun crezca. Así las cosas, en el sexenio 1970-1976, el 1 por ciento del presupuesto nacional destinado al renglón salud disminuyó desde 22 a 16 por ciento; claro que, como el presupuesto aumentó considerablemente, las cifras absolutas destinadas a la SSA, IMSS, e ISSSTE crecieron; pero, la realidad es que, frente a otras actividades de la vida nacional, la salud ha bajado en el orden prioritario, a pesar de pensamientos tan elevados como: "*la salud es el don máspreciado de un pueblo*", "*la niñez es el patrimonio de la patria*", etc.

No me atrevo a discutir las prioridades que, en un momento dado, debe establecer nuestro gobierno para distribuir el presupuesto nacional, ni desconozco que la mejoría en las condiciones socioeconómico-educativas, entre otras, son excelentes inversiones para salud, y que son condición, muchas veces obligada, para generar condiciones favorables para que las acciones de salud sean más productivas; sin embargo, es inescapable que, en nuestro país, existen

problemas de salud tales como: poliomielitis, sarampión, tétanos, hepatitis, tosferina, rabia, etc., que son poco susceptibles de modificarse de manera importante, por medidas de educación, vivienda u otras de bienestar social no médico.

3. La educación en México, a todos los niveles, salvo excepciones, no va dirigida a propiciar las actitudes y las motivaciones para la investigación; entiendo por esto una actitud de curiosidad, pesquisa inquisitiva, e inconformidad con lo establecido o lo enseñado. Lo anterior no es de extrañar, la enseñanza va dirigida a dictar y a tomar una clase, a proporcionar información más que a interpretarla; el número de alumnos y las demandas de conocimientos no dejan tiempo para elaborar conceptos y métodos pedagógicos. Por otra parte, considerando que un maestro del ciclo primario gana menos que un mesero de restaurante de segunda clase, no es posible demandar mucha más capacidad que la correlativa al salario devengado.

Al pasar a la secundaria, una etapa crítica en la formación de actitudes, la carencia de recursos para realizar prácticas y poder comprobar personalmente lo que se estudia o se enseña en el aula, condiciona la actitud "cómoda" de aceptar lo expresado como la verdad. Poco antes de esta etapa, durante ella y después, la influencia de los medios masivos de comunicación refuerzan muy eficientemente la receptividad pasiva y la carencia de estímulos para pensar en algo que sea diferente a lo promocionado; dada la reiteración, la falta de respeto, lo poco ingenioso de la fundamentación en lo anunciado, terminan por encerrarnos en un recinto donde lo original es considerado como extraño a la esencia de la vida diaria; se perpetua lo establecido y las posibilidades de progreso se reducen.

4. En el ciclo profesional, se repite casi todo lo anterior; hay demasiados alumnos, existen recursos limitados para enseñar la medicina frente al enfermo, los profesores no son de tiempo completo, existen pocos manuales o libros de texto que expongan las

características de nuestra patología, con la consiguiente supeditación a los países que generan la ciencia y la tecnología en el campo de la medicina.

Se agrega que las hemerotecas y bibliotecas existentes en nuestro país son escasas y mal dotadas —si se comparan con las correspondientes en los EU en donde se acepta que la biblioteca de una universidad que se respete debe tener por lo menos 1 millón de volúmenes (Harvard tiene más de 10 millones).

5. El que nuestro país no sea un lugar donde se produce e irradia ciencia no es peyorativo; pocos son los países que pueden preciarse de ello; otrora fueron Francia, Alemania, Inglaterra, y tal parece que en la actualidad los EU monopolizan casi completamente esa situación; nuestra cercanía a ellos es responsable de consecuencias aceptables y detestables; por una parte existe la facilidad de conocer los progresos, y la emulación es un factor positivo importante; sin embargo, la preponderancia es de tal magnitud que nos ha conducido a una situación de casi absoluta dependencia en lo relativo a la tecnología y se ha generalizado la actitud de buscar el catálogo americano antes de pensar en alguna posibilidad local que pudiera resolver la necesidad del momento.

6. La iniciación de esfuerzos en la investigación clínica es tardía, es decir durante el internado o la residencia; se trata de fomentar cuando el médico tiene una posición establecida; a esas alturas, las actitudes están consolidadas, el ambiente que rodea al presunto investigador no es el adecuado para la formación, y los temas que se escogen casi siempre son de naturaleza confirmatoria, retrospectiva, y es raro que planteen una línea de trabajo original.

No es raro que así ocurra; no estamos acostumbrados a plantear preguntas, a cuestionar lo establecido o a mostrar inconformidad con lo que la práctica indica; la práctica de la medicina difícilmente propicia esa clase de actitud y de receptividad; los médicos valoramos grandemente —en parte por la exigencia del paciente— la autosu-

ficiencia, la postura de seguridad y la apariencia de que estamos muy conscientes de lo que está pasando en el organismo enfermo.

La interconsulta puede considerarse una señal de inseguridad o de ignorancia, y si agregamos que la actividad profesional de la investigación no está considerada como conatural a la práctica diaria de la medicina, o como algo importante en su desarrollo y progreso, es natural que, en la actualidad, México carezca de un plantel de investigadores clínicos suficiente para atender a las necesidades del país.

7. La formación del cuerpo de trabajo de un nuevo hospital trae consigo dos inconvenientes inmediatos: en primer lugar, no hay personal capacitado para desempeñar el puesto de jefe de enseñanza y/o investigación; y en segundo, cuando se crea una unidad de investigación, precisa saquear el personal de otra institución que había logrado integrar la masa crítica de trabajo; cuando se crea una nueva escuela, universidad o institución de investigación, la planeación en el personal docente y de investigación raras veces llega más allá de un año.

A diferencia de la formación de un especialista en medicina, cuyo camino está trazado claramente al través de residencias organizadas con duración de 2-3 años, y evaluaciones que informan muy aproximadamente acerca de la eficiencia y capacidad alcanzados en el manejo y solución de los problemas médicos que van a requerir sus servicios; en la investigación, la formación no está tan sistematizada, es más prolongada, y las posibilidades de que el producto final no vaya a rendir lo esperado son más grandes que en el campo clínico. Lo anterior agrava la falta de planeación o la planeación defectuosa en la investigación clínica, y es un obstáculo, en ocasiones insuperable, ante la decisión de impulsar la investigación clínica en una institución de nueva formación.

8. La investigación clínica en México descuidó las encuestas dirigidas a conocer la realidad patológica del país; nuestras es-

tadísticas son incompletas y, en ocasiones, no son confiables; en casi todos los ordenes tenemos necesidad de recurrir a la información extranjera para ubicar la realidad de un problema que nos interesa; sin embargo, el IMSS y la SSA comienzan a trabajar sobre patología geográfica o regional del país.

9. Una parte muy importante de los trabajos de investigación clínica se genera por la industria químico-farmacéutica, la que, como es natural, produce los nuevos medicamentos fuera de México; también las decisiones de política de investigación se toman del lugar donde se van a investigar y, posteriormente, se venden tales productos. No es raro que, productos encontrados, aislados o sintetizados en México, tengan que estudiarse fuera debido a la carencia de instalaciones y organización adecuados para su estudio inicial. La realidad es que no existen posibilidades aceptables para lograr una capacitación adecuada en farmacología clínica, o la investigación básica de medicamentos a todos los niveles.

10. Finalmente, es una realidad que, en los estudios de medicina, no existe una materia para enseñar cómo se realiza la investigación clínica y cuál es la metodología de esta disciplina, o no se dedica tiempo a ello.

Ciertamente, es la demostración de que la investigación no nos interesa primordialmente, que nos preocupa cómo llevarla al cabo, por lo que el resultado es que se realiza según el sentido común y buen juicio del médico que planteó el proyecto.

La asociación tradicional de un investigador clínico que lleva sus datos a un experto en estadística (que no conoce medicina) al terminar el experimento, dista mucho de ser satisfactoria. Ello, en primer lugar, por la complicación misma de la investigación clínica que no se toma en cuenta en los libros clásicos y modernos de planeación de experimentos, y una muestra de ello es la gran demanda de plazas cuando se ofrecen cursillos de metodología de la investigación.