

## LA INFLUENCIA DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS HOSPITALES

PONENTE: D. JOSÉ LUIS DÍAZ FERNÁNDEZ, *Director de la División Sanitaria de INMARK, Ex-gerente de la Fundación Jiménez Díaz*

### SUMARIO

Se plantea la importancia estratégica de la I+D en los hospitales y se destacan los aspectos claves a tener en cuenta por los gestores como son la financiación, el objeto y contenido, la gestión y estructura organizativa de soporte y especialmente el papel de la Alta Dirección.

### INTRODUCCIÓN

La riqueza de los países mantiene una correlación directa con su porcentaje de inversión en I+D. La inversión en I+D es la mejor garantía de una posición preeminente en el futuro. Lo caro no es el conocimiento sino la ignorancia. La docencia y la investigación, junto con la asistencia, son objetivos generales y finalistas del hospital público...

Este tipo de frases son habitualmente refrendadas por cualquier directivo hospitalario de nuestro país. Pero es excepcional encontrar alguno que realmente las asuma como parte profunda de su ideario y, por tanto, las tenga en cuenta a la hora de su actividad gestora. Personalmente me incluyo en la crítica a lo largo de mis años de directivo hospitalario. Las deficiencias que han llevado a esta situación son de diverso orden: conceptuales, financieras, organizativas, técnicas.

Conceptualmente se ha mantenido a lo largo de los tiempos una visión estrecha de la I+D, co-

mo un núcleo cerrado, ajeno a la realidad cotidiana cuyo objeto nadie conocía realmente. Simplificando la situación, investigación ha sido equivalente a investigación básica.

Financieramente, se ha contemplado dos tipos de investigación: la que tenía financiación finalista, habitualmente trabajos o líneas de investigación aisladas, con mínima conexión con el hospital; y la investigación sumergida, la enraizada en la actividad asistencial, sin identificar correctamente, financiada por la propia asistencia y por tanto, anatema para los gestores al suponer un gasto oculto, no medible, de resultados desconocidos.

Organizativamente, ha sido excepcional contar con estructuras diferenciadas sirviendo de soporte y estímulo a la investigación y desarrollo. Las Direcciones de Enfermería, con una estructura organizativa más vasta, que han utilizado un puesto de su organigrama en funciones de dirección de docencia e investigación, han sido frecuentemente criticadas por buen número de gestores. Incluso se ha teorizado la bondad de no generar estructuras alternativas para mejor integrar la investigación y docencia con la asistencia, con un abandono sistemático de las dos primeras.

Desde el punto de vista técnico o profesional, la visión estrecha conceptual citada anteriormente ha llevado a aberraciones en dos direcciones opuestas: la investigación básica como

único elemento a tener en cuenta, o la alternativa trivializadora de llamar investigación, desarrollo y docencia a cualquier actividad que cumpliera unos mínimos requisitos formales aún sin ningún valor añadido en cuanto a su contenido.

### LA IMPORTANCIA DE LA I+D

(investigación y desarrollo; investigación y docencia-formación). La realidad demuestra que sólo aquellos centros y Servicios que se preocupan por mejorar, avanzar y adquirir un mejor posicionamiento. El conocimiento de la propia realidad y cómo mejorarla es el instrumento fundamental para el cambio. Y el conocimiento sólo se logra a partir de la investigación de la realidad y del trasvase y comunicación de experiencias ajenas.

En la actualidad (1) se consideran como líneas estratégicas claras para el futuro de la sanidad española las relativas a financiación y cómo y en qué aplicarla, la política de recursos humanos y motivación profesional y la mejora de la calidad en sus diversas vertientes.

Para tomar decisiones estratégicas correctas y emprender la multitud de acciones necesarias en las líneas citadas es preciso mejorar sustancialmente nuestro conocimiento de la realidad. Eso es investigar. El conocimiento obtenido debe llegar a todos los rincones, debatirse, asumirse. Eso es formación.

Líneas de investigación e intercambio de conocimientos que apoyen a las necesidades de nuestro sistema sanitario citadas, pueden ser, entre otras:

- Estudios sobre necesidades sanitarias de la población, accesibilidad, expectativas.
- Resultados en la mejora de la salud por Are-

as, medidos en años por calidad de vida frente a consumo de recursos.

- Efectividad de acciones sanitarias concretas.
- Estudios de clima y motivación profesional.
- Estudios de la práctica clínica, decisiones apropiadas basadas en el conocimiento científico y la comprobación.
- Técnicas de benchmarking en el diseño de protocolos clínicos y su comprobación práctica.
- Coste de los procesos y las decisiones concretas.
- Estudios prospectivos a nivel de Área de Salud sobre efectividad y eficiencia de aplicación de protocolos preventivos o terapéuticos.
- Evaluación de nuevas tecnologías.

Todos ellos son estudios que interesan positiva y directamente a los gestores sanitarios y hospitalarios. De sus resultados pueden obtenerse beneficios decisivos en tareas como la planificación, aplicación de presupuestos, gestión cotidiana y resultados asistenciales y de costes. No olvidemos que la actividad sanitaria no está soportada por conocimientos comprobados en más de un 20% de sus actuaciones.

### LA FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

La I+D hay que considerarla como una inversión a largo plazo, en el mismo orden o realmente en un orden superior que la inversión en tecnología. De hecho es una inversión en tecnología, y la más importante, que debe ser contemplada de forma finalista en los presupuestos. En España la docencia MIR tiene un presupuesto finalista, decidido a priori. Y por eso, fundamentalmente, ha funcionado.

Los avances conceptuales, estructurales y de resultados de la investigación sanitaria española

en la última década tienen una razón causal básica: el presupuesto finalista gestionado por el FIS. Probablemente no estaríamos hoy en esta mesa de no haber sido así. El nuevo concepto y organización de las Unidades de Investigación cobijadas en la REUNI han sido el factor diferencial en el inicio de cambio producido.

El coste de la investigación como el de la docencia y formación deben conocerse, evaluarse y presupuestarse. El mayor daño al desarrollo de la I+D proviene de la I+D sumergida, no medible ni separable de la asistencia, de ese río revuelto que no genera más que desconfianza, costes asistenciales elevados y una calidad de resultados deficiente por su falta de transparencia y gestión.

Debemos entender, por otra parte, que la financiación de la I+D sanitaria no puede solo depender del Estado. Las aportaciones de Fundaciones, particulares, Bancos y Cajas de Ahorro, y especialmente empresas del sector (laboratorios farmacéuticos y proveedores de tecnología) deberían superar el 50% de su financiación. Posiblemente ya lo hagan de una manera poco direccionada y con sólo relativo aprovechamiento social.

Estructuras diferenciadas como soporte gestor de la investigación en hospitales son un camino cuya exploración ya se ha iniciado constituyendo Fundaciones específicas. Ello permite una gestión más ágil, transparente y finalista, acopiando fondos de diversos frentes y aplicándolos en base a una planificación y evaluando sus resultados.

#### LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ENTRONCADAS CON LA ASISTENCIA

Es necesario terminar con la clásica discusión entre investigación básica e investigación aplicada o clínica. En el ámbito de la Salud pueden dis-

tinguirse al menos cuatro tipos de investigación: básica, clínica, Servicios de Salud y Salud Pública. Nadie se atrevería a destacar como más importante una de otras. (2).

La finalidad de todos los tipos posibles de investigación sanitaria es mejorar el conocimiento de las condiciones que afectan a la salud para mejorar ésta. La investigación más alejada de la práctica sanitaria es la básica y sin ésta no hubiéramos avanzado un ápice en el nivel de prestaciones. Uno de los frenos importantes al reconocimiento de la I+D en el hospital ha sido su clásico alejamiento de la actividad asistencial, en el seno de un mutuo desprecio.

#### ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Antes he comentado la necesidad de generar estructuras que gestionen y soporten la actividad investigadora y docente. Puede entenderse como una segregación de la investigación y docencia de la realidad asistencial cotidiana. No es ese el planteamiento. Los investigadores son clínicos, médicos, enfermeras, gestores, administradores, profesionales de todo tipo inmersos en la actividad hospitalaria. Las estructuras diferenciadas dan soporte, ayuda, información, gestionan financiación, evalúan resultados, facilitan, en suma, la actividad investigadora.

Las Unidades de Investigación deben contar para cumplir este cometido con un núcleo de personas adscrito a las mismas a dedicación completa o parcial, dependiendo del tamaño y recursos del hospital. Un directivo a su frente, un soporte de gestión administrativa y evaluación de consumo de recursos y costes frente a actividad y resultados, y un soporte profesional en metodología y gestión de la información incluyendo la biblioteca. Las Unidades de Investigación deben formar un continuo con las Unidades de Documentación Clínica, soporte básico

para la mejora del conocimiento de la práctica clínica.

### LA DEFINICIÓN DEL PRODUCTO Y MEDICIÓN DE RESULTADOS

La I+D se debe y se puede gestionar como la asistencia, como el marketing y como las finanzas.

En 1996 en la Fundación Jiménez Díaz se decidió gestionar un Sector de Investigación con consumo de recursos anuales propios en el orden de 250 millones de pesetas y de financiación externa finalista próxima a los 200 millones.

Se definió el producto en base a publicaciones con su factor de impacto. Se evaluó la producción de las diversas líneas y equipos en los últimos 5 años. Se relacionó la producción con los recursos de personal, espacio, consumos, inversiones y financiación. Se plasmó la eficien-

cia de cada equipo y línea y se tomaron decisiones de reconversión. Se generó un sistema de gestión y una estructura de soporte a dedicación completa y se fijaron los objetivos y estrategias de futuro. El trabajo se realizó en tres meses con participación de investigadores. El responsable del Área de Gestión, y a su cabeza, liderando, el Director Médico, el Subdirector de Investigación y un soporte de ayuda externa.

### EL PAPEL DE LA ALTA DIRECCIÓN

La gestión de la I+D es el factor clave para el éxito de la I+D. Sin una postura decidida, fruto de una convicción arraigada, por parte del máximo responsable del Hospital, no se avanzará significativamente en este terreno, y ello significa empobrecimiento a medio plazo.

Los gestores hospitalarios debemos reflexionar y discutir sobre este punto. Espero que muchos de Uds coincidan con esta opinión.