



Cardiocre

www.elsevier.es/cardiocore



Preguntas y respuestas

Unidades de investigación asistencial: una propuesta organizativa

Care research unit: A proposed organizational

Manuel F. Jiménez-Navarro^{a,*}, Alberto Delgado García^b y Javier Estebaranz García^c

^a Área del Corazón, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^b Unidad de Garantía de Calidad, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

^c Gerente de la Fundación IMABIS, Instituto Biomedicina IBIMA, Málaga, España

Introducción

Un sistema de salud es un sistema social, y por tanto, un sistema vivo, capaz de evolucionar y de ser influenciado por múltiples elementos. Actualmente muchos autores sostienen que los sistemas sanitarios actuales de los países desarrollados están en crisis¹ y sometidos a continuos análisis y debates por la aparición de una serie de problemas en el presente, principalmente basados en el dilema central de la *cantidad de recursos que disponemos* y la *cantidad que podemos invertir en salud para atender a una población mayor y más envejecida*.

Sin embargo, en la actualidad es evidente que, para cualquier país desarrollado, investigar es sinónimo de bienestar y progreso. La investigación biomédica es una necesidad de todo profesional, y se reconoce de forma universal que los países que más invierten en investigación consiguen mejores niveles de desarrollo económico, el cual revierte en la salud y en la cohesión social de su población.

¿Qué es investigar? Análisis de la situación actual

Según la definición que podemos encontrar en la 23.^a edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra «investigar» procede del vocablo latino *investigāre*,

que significa «hacer diligencias para descubrir algo o aclarar un hecho», y como segunda acepción, «realizar actividades intelectuales y experimentales de modo sistemático con el propósito de aumentar los conocimientos sobre una determinada materia». Al hablar de investigación, sobre todo cuando se trata de evaluarla, es frecuente hacer referencia a su relevancia. La principal característica que hace relevante una investigación es la factibilidad de que el conocimiento generado sea útil, y la utilidad se da por el hecho de que el conocimiento obtenido sirve para resolver un problema, ya sea en su totalidad o aportando conocimientos que permitan estar más cerca de la solución. De manera que el investigador no es alguien fuera de lo común, sino una persona con la formación y los conocimientos suficientes para detectar problemas en el área del conocimiento en la que se desenvuelve, y que además tiene la capacidad para planear y llevar a cabo acciones que le permitan identificar las causas del problema y/o las probables soluciones.

Muchos profesionales sanitarios realizan las diligencias para descubrir algo o aclarar un hecho, pero por los planes de formación que han seguido carecen de formación suficiente para realizar actividades sistemáticas experimentales para aclarar de forma científica algún hallazgo. Investigar en este sentido amplio, entendido como realizar diligencias para descubrir algo o aclarar un hecho, es una actitud de excelencia de todo profesional que debe ser promovida,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jimeneznavarro@secardiologia.es (M.F. Jiménez-Navarro).

1889-898X/\$ – see front matter © 2011 SAC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.carcor.2011.09.003

y muy probablemente repercutirá en el mejor trato de los pacientes.

El médico asistencial recibe gran cantidad de información, a veces sesgada, y se hace necesario «ordenar» toda esa información en su realidad más cercana, en la que un análisis pormenorizado podría conllevar incluso un ahorro de costes importantes, pues muchas de las actividades que realizamos a diario pueden no aportar beneficio alguno a los pacientes o incluso pueden ser perjudiciales, especialmente en grupos concretos de población.

En nuestro entorno, aunque las organizaciones destinadas a prestar atención sanitaria a la población reconocen entre sus misiones el desarrollo de la investigación biomédica como medio de adquirir nuevos conocimientos y mejorar la atención de los ciudadanos, en la práctica no facilitan esta labor. Así, la sobrecarga de trabajo diaria de los hospitales hace difícil la compatibilidad de la labor asistencial con el tiempo y la dedicación necesaria para la investigación, optándose en la práctica por priorizar la asistencia. Otras condiciones que la dificultan son el pobre rendimiento del tiempo dedicado a la investigación para oposiciones o cargos de responsabilidad; pobre motivación salarial; escasa participación en el funcionamiento y la orientación de los servicios de salud; limitada formación científica metodológica y nula orientación a la eficiencia de los servicios de salud. Las variaciones de la práctica clínica y un uso inadecuado de los recursos son dos ejemplos más de esta situación. La implicación de los profesionales es consustancial a propuestas de mejora, y debemos poner en manos de los profesionales que poseen los conocimientos científicos la toma de decisiones, con el objetivo final único de mejorar la atención de los pacientes, verdaderos protagonistas de los sistemas de salud.

La experiencia acumulada en las últimas décadas permite afirmar que es necesario que los hospitales dispongan de un marco adecuado en el que se intenten resolver múltiples preguntas que constantemente derivan de la práctica clínica². Es necesario poder acortar el intervalo de tiempo entre la producción de nuevos conocimientos (eficacia) y su investigación en condiciones reales de aplicación (efectividad y eficiencia). Esta es una cadena interactiva que va desde la investigación básica a la asistencia médica diaria, pasando por la investigación clínica. La práctica clínica proporciona constantemente ideas y desafíos de investigación tanto clínica como básica: a mayor integración de ambas, mejor y más rápida será la posible aplicación de los avances en la prevención y el tratamiento de problemas de salud importantes para los ciudadanos.

La investigación biomédica debe contemplarse como una tarea habitual y parte esencial de la buena práctica médica. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud³, y una mejor implantación de los avances médicos en la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. No es posible llevar a cabo una investigación de calidad sin una práctica clínica de excelencia. Para garantizar en lo posible una investigación de calidad, es necesario asegurar dos condiciones básicas: la calidad y la integridad individual de los investigadores, así como la calidad y la integridad del sistema institucional que da soporte a dicha investigación.

Unidades de investigación asistencial

Tras este análisis proponemos la creación de estas estructuras, o unidades de investigación traslacional, como elemento dinamizador de las inquietudes de los profesionales sanitarios, con el principal objetivo de alcanzar una atención de excelencia para los ciudadanos y que nos ayude a superar la inercia clínica⁴.

Esta nueva estructura presentaría estas características:

Misión

Proporcionar asesoramiento individualizado y colectivo de calidad en investigación orientada a resultados (eficiencia) a los profesionales sanitarios en áreas de atención asistencial.

Visión

Alcanzar la excelencia en la atención del paciente, una atención especializada integrada en un proceso de continuidad asistencial con la atención primaria, de alta calidad, aplicando toda la evidencia científica disponible en cada momento y que se adapte rápidamente a los cambios del entorno. Esta excelencia se deriva de la implicación de todos los profesionales (recursos humanos) comprometidos en la atención del paciente, aprovechando y analizando sus diligencias para descubrir algo o aclarar un hecho con el objetivo final de atención al paciente desde el prisma de la eficiencia. En poblaciones diferentes las soluciones a diversos problemas de salud no tienen por qué ser las mismas.

Valores

1. El ciudadano como centro del sistema con el objetivo de cubrir sus demandas asistenciales desde la óptica de recibir la mejor atención posible con los conocimientos científicos disponibles.
2. Los profesionales sanitarios encargados de la atención de los pacientes deben conocer la mejor evidencia científica, y sus experiencias/conocimientos deben analizarse para mejorar la atención de los pacientes, disminuir los errores en la práctica asistencial y mejorar su autoestima como profesionales de calidad. El profesional debe aumentar su compromiso con la organización, superar la lealtad condicionada y sentirse motor de cambio.
3. Las organizaciones sanitarias deben adecuar sus recursos a la población de ciudadanos que atienden, mejorando su eficiencia, adoptando las nuevas tecnologías y sistemas de información que mejoren la atención y adaptándose a las nuevas necesidades que se vayan produciendo desde una perspectiva dinámica de aplicar los mejores cuidados conocidos en cada momento.

Objetivos estratégicos

Desarrollar una red de investigación clínico-básica (traslacional) dentro de los hospitales con diversos objetivos:

Tabla 1 – Tareas del responsable de unidad de investigación asistencial cardiovascular

1. Análisis de la adecuación de recursos a la atención de los pacientes: Alcanzar la mayor calidad asistencial, entendiendo esta como el acercamiento de la efectividad a la eficacia. Por ejemplo, ¿cuántos antiagregantes / anticoagulantes debemos utilizar en grupos de pacientes concretos? ¿Son necesarios todos?
2. Desarrollo de investigación biomédica propia surgida de inquietudes científicas del grupo. Coordinación de las diversas líneas del grupo o unidad de gestión clínica. Investigación orientada a resultados.
3. Coordinación de docencia pre y postgrado. Formación de residentes.
4. Desarrollo de planes de cuidados y guías de práctica clínica a grupos de pacientes con necesidades especiales, como personas de edad avanzada, enfermedades crónicas o con comorbilidades.
5. Adecuación de sistemas de información.
6. Responsabilidad de coordinación de los ensayos clínicos dentro de la unidad clínica. La finalidad es doble: conocimiento de las debilidades y fortalezas de este tipo de investigación y como medio de obtención de recursos para facilitar la investigación del grupo (compra de reactivos, reconocimiento del esfuerzo personal, compra de material inventariable: programas informáticos...).
7. Se debe establecer una estructura básica común para las diversas áreas de conocimiento que nos pueda ayudar a mejorar la eficiencia de nuestro sistema. Funciones:
 - Establecer relaciones con diversas fundaciones biomédicas.
 - Establecer relaciones con los comités éticos.
 - Establecer relaciones con las entidades patrocinadoras.
 - Recepción, archivo y clasificación de toda la documentación relacionada.
 - Búsqueda de personal y material necesario para realizar labores de investigación (cardiólogos, becarios, enfermería, material informático, etc.).
 - Facilitar investigación biomédica de la unidad del corazón.
 - Facilitar la obtención de recursos de donaciones (filantropía).
8. Coordinación de investigación con otras unidades y organismos (sociedades científicas; estructuras de organización nacionales —redes; CIBER— e internacionales).

1. Mejora de la calidad asistencial.
2. Mejora de la atención médica de los pacientes a los estándares actuales del conocimiento científico.
3. Adecuación de la práctica clínica al conocimiento científico disponible en el entorno específico de su hospital (población joven/mayor, inmigración, niveles culturales diferentes, niveles económicos diferentes, etc.).
4. Mejora del conocimiento científico sobre aspectos determinados en relación a grupos de investigación básica.
5. Aumento de los recursos económicos de un hospital determinado (participación en ensayos clínicos, desarrollo de patentes...).
6. Búsqueda de la calidad asistencial excelente: hacer bien lo que es adecuado para nuestros pacientes.

2. Personal adicional de la unidad de investigación asistencial: licenciados / diplomados cuyo salario proviniera de acuerdos con el hospital / fundaciones / becas públicas / becas privadas.
3. Fases de implantación y fases de desarrollo: progresiva. Dependerá de los programas de las comunidades autónomas. Se liberará una partida presupuestaria especial que cada hospital puede solicitar al organismo competente para crear al menos dos unidades por hospital al año e ir creando una cultura de investigación. En los siguientes años se desarrollarían normas que regulen las relaciones entre las distintas unidades de investigación asistencial. Este proceso es reversible, y al igual que se crean, se pueden cerrar si no se cumplen los objetivos descritos. Ante unidades de más de 5-10 años de trabajo óptimo se requerirán 2 años de no conseguir los objetivos para cerrarlas.

Características

1. Responsables de unidad: profesionales del área correspondiente a tiempo parcial y/o total. Las cualidades que deben presentar son las siguientes: conocimientos estadísticos y de metodología de la investigación; conocimientos de investigación clínica y básica; dinamismo. El responsable de la unidad sería elegido en consenso por parte del consejo director de la unidad o del servicio clínico y la gerencia de hospital. Para su elección, los solicitantes deberían presentar un proyecto con clara definición de objetivos, medios disponibles y acciones destinadas a medir la eficacia de la intervención. Las áreas prioritarias de intervención serían las áreas de mayor gasto económico y las que produzcan mayor morbimortalidad en la población. Sus funciones se describen en la tabla 1. Este destino requiere periodos mínimos de un año y puede existir una rotación entre diferentes profesionales del servicio que reúnan requisitos descritos. Se requieren informes de evaluación anuales y un informe final, según la duración.

Financiación

Idealmente cada hospital debe financiar el sueldo a tiempo parcial/ total del profesional facilitador encargado. Este podría provenir de los recursos generados previamente (ensayos clínicos; desarrollo de patentes; otras fuentes de financiación pública o privada).

Medios para realizar la misión

1. Actividad docente dentro de la unidad:
 - 1.1 Sesiones clínicas semanales sobre investigación (45 min).
 - 1.2 Sesiones mensuales para seguimiento de protocolos de investigación (2 h).
 - 1.3 Sesiones para analizar objetivos (1,5 h).

2. Coordinación de todo el personal destinado a la unidad (dirección de reuniones y/o negociaciones).
 - Profesionales del área asistencial motivados por la investigación y por sus beneficios, con especial dedicación de los formados previamente por la unidad al conocer el método científico y haber disfrutado de los compromisos de la unidad.
 - Investigadores básicos / clínicos / becarios de la unidad.
 - Rotantes nacionales, investigadores clínicos/básicos pre / postdoctorales, rotantes extranjeros.
 - Enfermería de la unidad.
 - Personal dedicado a ensayos clínicos.
 - Secretaría.
3. Responsable de rotación de MIR de quinto año de Cardiología u otros residentes de cualquier especialidad con interés en la unidad (1/2 meses).
4. Coordinación de proyectos de investigación públicos / privados.
5. Coordinación de los responsables de área / Consejo de dirección de la unidad sobre líneas de actuación y

profesionales que realicen su labor en ambos campos (asistencial y de investigación).

En resumen, aunque los recursos son limitados, el único objetivo de estas unidades es la excelencia en la atención del paciente realizada por profesionales conocedores de la enfermedad mediante la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gervás J, Hernández-Aguado I, Grupo Jornada Situaciones de Crisis. Aciertos y errores en la gestión de la crisis de salud pública en España. *Gac Sanit.* 2009;23:67–71.
2. Lamas S, Investigador CSIF. Investigar en hospitales: última llamada. *El País.* 16 enero 2008:17.
3. Pons J, Sais C, Illa C, et al. Is there an association between the quality of hospitals' research and their quality of care? *Journal of Health Services Research & Policy.* 2010;15:204–9.
4. Branch WT, Higgins S. Inercia clínica: la dificultad de superarla. *Rev Esp Cardiol.* 2010;63:1399–401.