

# Jornada sobre investigación en el ámbito clínico

Coordinadores: Lluís Blanch y Agustín Gómez de la Cámara



© 2006, Fundació Dr. Antonio Esteve  
Llobet i Vall-Llosera 2. E-08032 Barcelona  
Teléfono: 93 433 53 20; fax: 93 450 48 99  
Dirección electrónica: [fundacion@estev.org](mailto:fundacion@estev.org)  
<http://www.estev.org>



Edición a cargo de Prous Science, S.A.  
Provença 388 - 08025 Barcelona

Depósito legal: B-52.275-06  
ISBN: 978-84-8124-242-3

La Fundación Dr. Antonio Esteve contempla como objetivo prioritario el estímulo del progreso de la terapéutica por medio de la comunicación y la discusión científica.

La Fundación quiere promover la cooperación internacional en la investigación farmacoterapéutica y, a tal fin, organiza reuniones internacionales multidisciplinarias, donde grupos reducidos de investigadores discuten los resultados de sus trabajos. Estos debates se recogen en las publicaciones de los *Esteve Foundation Symposia*.

Otras actividades de la Fundación Dr. Antonio Esteve incluyen la organización de reuniones dedicadas a la discusión de problemas de alcance más local y publicadas en formato de monografías o cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. La Fundación también participa en conferencias, seminarios, cursos y otras formas de apoyo a las ciencias médicas, farmacéuticas y biológicas. Asimismo, con carácter bienal, concede un premio al mejor artículo publicado por un autor español dentro del área de la farmacoterapia.

Entre la variedad de publicaciones que promueve la Fundación Dr. Antonio Esteve, cabe destacar la serie *Pharmacotherapy revisited: An Esteve Foundation Series*, en la cual a través de diferentes volúmenes se recopilan, en edición facsímil, los principales artículos que sentaron las bases de una determinada disciplina.

Los *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve* tienen como objetivo recoger diversas iniciativas en distintos formatos e idiomas.

Este octavo volumen de la serie surge de la jornada que tuvo lugar en Barcelona el día 18 de noviembre de 2005 y que contó con la presencia de investigadores clínicos y directores de investigación de diferentes hospitales españoles. La jornada se dividió en tres sesiones: una a cargo de Agustín Gómez de la Cámara (Hospital 12 de Octubre, Madrid), otra dirigida por Lluís Blanch (Hospital Parc Taulí, Sabadell), y una última conjunta, a la que sucedieron sendas discusiones entre los 23 asistentes a la reunión.

La presente edición recoge la opinión de los participantes, por lo que la Fundación Dr. Antonio Esteve no se hace necesariamente partícipe de su contenido.

# Índice

<b>Participantes</b> .....	IX
<b>Introducción</b>	
<i>Lluís Blanch y Agustín Gómez de la Cámara</i> .....	XI
<b>Resumen de la jornada</b>	
<i>Pol Morales</i> .....	1
Investigar con bata blanca y pijama verde .....	1
Un solo proceso .....	1
Con las manos en los bolsillos .....	2
La triste figura del precario .....	3
Fundaciones hospitalarias: dentro, pero fuera .....	4
¿Quién lleva el timón? .....	5
Hospital frente a empresa .....	6
Sobre los beneficios tangibles e intangibles de la investigación .....	7
Desprotección intelectual .....	8
Desmotivación .....	9
Una gran fuente de información .....	11
Cambio de concepciones .....	12

# Participantes

**José Enrique Alés**

Unidad de Oncología Médica  
Hospital Ruber Internacional  
Madrid

**Raúl J. Andrade**

Departamento de Medicina  
Facultad de Medicina  
Hospital Universitario de Málaga  
Málaga

**Antonio Barrasa**

Instituto Valenciano de Oncología  
Valencia

**Lluís Blanch**

Unidad de Cuidados Intensivos  
Corporació Sanitària Parc Taulí  
Sabadell (Barcelona)

**Fèlix Bosch**

Fundación Dr. Antonio Esteve  
Barcelona

**Joan Córdoba**

Servei de Medicina Interna-Hepatologia  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Barcelona

**María Natividad de Benito**

Enfermedades Infecciosas  
Hospital Clínic  
Barcelona

**Sergio Erill**

Fundación Dr. Antonio Esteve  
Barcelona

**Javier Estebarez**

Hospital Clínic  
Málaga

**Agustín Gómez de la Cámara**

Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica  
Hospital Universitario 12 de Octubre  
Madrid

**Antonio Guerrero**

Subdirección de Investigación y Docencia  
Hospital de la Ribera  
Alzira

**María Luisa Maestro**

Unidad de Investigación  
Hospital Clínico San Carlos  
Madrid

**Tomás Montalbán**

Fundación Juan Canalejo Marítimo de Oza  
Hospital Materno Infantil  
A Coruña

**Jesús Manuel Morán**

Unidad de Docencia e Investigación  
Hospital de Cruces  
Baracaldo

**Salvador Pita**

Unidad de Investigación-Epidemiología Clínica  
Complejo Hospitalario  
Universitario Juan Canalejo  
A Coruña

**Ricardo Pujol**

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol  
Badalona (Barcelona)

**Juli Rifà**

Hospital Universitario Son Dureta  
Palma de Mallorca

**Fernando Rodríguez de Fonseca**

Unidad de Investigación  
Fundación Hospital Carlos Haya  
Málaga

**Odile Romero**

Servei de Neurofisiologia Clínica  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Barcelona

**Antonio Salgado**

Unidad de Gestión del Conocimiento,  
Institut de Recerca,  
Hospital Universitario Vall d'Hebron  
Barcelona

**Daniel Serón**

Servicio de Nefrología  
Hospital Universitario de Bellvitge  
L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

**Jordi Serra**

Servei de Gastroenterologia  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Barcelona

**José Luis Tovar**

Servei de Nefrologia  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Barcelona

## Introducción

La investigación y su aplicación práctica aportan ventajas competitivas en los ámbitos de mejora social y de salud, así como en el terreno de las oportunidades de desarrollo industrial. Ningún profesional con capacidad de decidir en hospitales o en gobiernos debería menospreciar la investigación y sus posibles beneficios, aunque éstos al inicio sólo sean potenciales. Partiendo de un excelente sustrato en investigación clínica, se percibe una mejor situación respecto la investigación en España. La madurez en la investigación vendrá dada por su profesionalización, por una colaboración estrecha entre investigadores, por la generalización del conocimiento como elemento amplificador del mismo y por la disponibilidad de los recursos adecuados, que deben ser forzosamente compartidos entre grupos de investigadores. Más que de un grupo de mayor o menor tamaño o impacto, estamos hablando de una comunidad de investigadores de muy distintas disciplinas que colaboran entre ellos, que trabajan en red y que comparten conocimientos e inquietudes. La investigación biomédica debería considerarse como una forma de vida capaz de crear avances tangibles en salud que reviertan en la so-

cialidad, no como un *hobby* o un “más allá” de la asistencia hospitalaria, ni como complemento a la docencia en ámbitos universitarios.

Con estas premisas se creó un foro de debate entre distintos profesionales con responsabilidades en investigación: clínicos investigadores, gestores de la investigación y gerentes de hospitales. El encuentro sirvió para tomar el pulso al estado actual de la investigación biomédica en España. El debate, que fue totalmente informal y participativo, se centró principalmente en los siguientes temas: el proceso de investigación, sus líneas y su priorización, las fundaciones como gestoras de la investigación, la obtención de recursos, la figura del becario y la inflexibilidad contractual, la integración en la empresa y el retorno de resultados.

El debate, en ocasiones apasionado, reflejó el estado actual de la investigación tanto desde la perspectiva de quien está involucrado en su día a día como de la del gestor que participa en el proceso de investigación. Esperamos que esta visión crítica ayude a mejorar, en un futuro no lejano, la investigación en España.

Lluís Blanch  
Agustín Gómez de la Cámara



## Resumen de la jornada

### Investigar con bata blanca y pijama verde

El diccionario de la Real Academia Española define hospital como “el establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza”. La etimología del término proviene del latín *hospes* (huésped) y originariamente se utilizaba para designar el lugar de auxilio a ancianos y enfermos. Por tanto, en la propia definición aparece intrínsecamente lo que todavía es una tónica general en nuestro país: los centros asistenciales colocan en un segundo plano la investigación y la docencia en aras de una mejor atención a sus pacientes.

En cambio, la amplia mayoría de la comunidad científica considera necesaria una convergencia de las tres tareas en el ámbito clínico. Al menos es la conclusión que se desprende de esta reunión entre investigadores clínicos y responsables de investigación de diferentes hospitales españoles, organizada por la Fundación Dr. Antonio Esteve. Por ahora, este deseo parece chocar frontalmente con las tradiciones que todavía perduran no sólo en las gerencias de los centros asistenciales, sino también en todas las partes implicadas, desde la Administración a los propios profesionales.

A pesar de todo, el límite entre las tres facetas en el ámbito clínico es cada vez más difuso. “El mismo proceso de atención se transforma en investigación y docencia. La práctica clínica y la producción del conocimiento convergen en un vector de innovación continuada”, asegura Agustín Gómez de la Cámara, de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre, de Madrid. Y añade: “Conciliar la innovación y el desarrollo con la bata blanca y el pijama verde significa aportar un valor añadido, ya que nos permite mejorar y adecuar la atención que damos a nuestros pacientes”.

La gran mayoría de sus colegas parecen compartir esta opinión, aunque no resulta tan sencillo llevarla a la práctica. El clínico motivado se encuentra en su práctica cotidiana con diferentes barreras que dificultan la conciliación de la labor asistencial con la investigación y la docencia. Algunos son impedimentos tangibles, como la ausencia de inversiones, de estructuras, de espacio o de tiempo, y otros son más inmateriales, tales como la falta de reconocimiento en la carrera profesional o la escasa motivación.

### Un solo proceso

Separar asistencia, investigación y docencia ya no tiene ningún sentido. Fernando Rodríguez de Fonseca es gerente de la Fundación Hospital Carlos Haya de Málaga. Para él esta división es un artificio, sobre todo si se repasa la historia de la medicina, en la que adquirir un conocimiento, aplicarlo a los pacientes y transmitirlo es una obligación moral.

Que las tres facetas forman parte de un mismo proceso es algo que suscriben sus colegas, no sin ciertos matices. Para Ricardo Pujol, director científico del Hospital badalonés Germans Trias i Pujol, el que estas tres acciones formen parte de un mismo proceso no implica que una misma persona deba abarcarlas a la vez. “Para que las estructuras sean competitivas hace falta un cierto grado de división del trabajo y de especialización”, concluye.

¿Cómo compatibilizar las tres facetas sin mermar la calidad de ninguna de ellas? “Es imposible que una persona se dedique a desarrollar nuevos modelos de investigación si al mismo tiempo tiene que llevar a cabo una actividad asistencial que satisfaga las demandas de su gerente, y además tiene que impartir clases”, considera Jordi Serra, del Servi-

cio de Gastroenterología del Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona. En este sentido, comparte con Pujol el planteamiento de que es necesario averiguar qué interesa a cada uno de los miembros de los equipos de un hospital, y dejar que desarrollen únicamente esa actividad durante un periodo de tiempo concreto.

En cambio, para Raúl Andrade, del Hospital Clínico de Málaga, la investigación es un elemento de perfeccionamiento profesional para el médico asistencial: "Es una perversión conceptual etiquetar a un médico como asistencial y a otro como investigador. Esta separación probablemente interese a aquellos que sólo se dedican a la asistencia, pero yo considero muy importante que ambas facetas estén integradas".

La investigación, en cambio, tal como se encargó de recordar Javier Estebanz, del equipo de dirección del Hospital Clínico de Málaga, requiere un tiempo; tiempo del que no dispone en la mayoría de los casos el clínico asistencial, y que en tantas ocasiones debe robar a sus horas libres. Aun así, ya se han ideado fórmulas para paliar este déficit, uno de los muchos que impiden hablar de un solo proceso en el ámbito hospitalario.

Un ejemplo de organización se puede encontrar en los servicios de hospital que se plantean la investigación de forma conjunta, de manera que determinados clínicos restan tiempo a su quehacer diario para dedicárselo a la investigación, mientras otras personas de su equipo los sustituyen en la tarea asistencial.

En ese mismo sentido, Rodríguez de Fonseca puntualizó su argumento inicial. No son los individuos quienes deben entender asistencia, docencia e investigación como un único proceso, sino los equipos. En estos equipos, el porcentaje de dedicación a las diferentes tareas se debe distribuir en función de las capacidades de cada miembro, y la toma de decisiones debe corresponder al mejor capacitado para ello. Además, estos equipos deben generar ciencia, saber cómo formarse y cómo transferir los conocimientos.

En todo caso, parece que la perseverancia y la iniciativa propias de aquellos que quieren desarrollar una tarea de investigación desde un entorno clínico son del todo indispensables para paliar las múltiples barreras con que seguro tropezarán.

Salvador Pita, de la Unidad de Investigación del Hospital Juan Canalejo, de A Coruña, enumeró estos obstáculos. ¿A qué se enfrenta el clínico con inquietudes investigadoras? Las principales barreras son la presión asistencial, la falta de tiempo y de conciencia metodológica, la dispersión en el trabajo, la ausencia de reconocimiento y de motivación, la escasa tradición investigadora, la falta de estructuras de apoyo y las dificultades de financiación.

Pasemos a analizar la última de estas barreras, probablemente la más destacable: la escasez de recursos.

### Con las manos en los bolsillos

El dinero ha sido, es y seguirá siendo el principal enemigo de la investigación y la docencia. En cuanto entra en juego se hace necesario establecer prioridades, y es en ese momento cuando la asistencia, para bien o para mal, se convierte en la hija predilecta. "A pesar de que los equipos directivos consideran muy importantes la investigación y la docencia, éstas no forman parte de la cuenta de resultados del gerente de un hospital, y en todo caso restan recursos del capítulo asistencial", afirma Jesús Manuel Morán, con gran conocimiento de causa, pues lleva 15 años como gestor de investigación y docencia del Hospital de Cruces de Barakaldo.

Antonio Salgado, del Institut de Recerca del Hospital Vall d'Hebron, también considera que la principal barrera es de tipo estructural. Afirma que las direcciones de los hospitales ven la innovación como un peligro para sus gestiones y difícilmente apostarán por ella. Cree que el sistema sanitario español sigue fuertemente anclado en férreas deficiencias estructurales: "Nuestro sistema de salud es monopolístico, únicamente basado en la asistencia, y sufre una constante falta de dinero".

Si pasamos la pelota desde el tejado de la gerencia hospitalaria al inmediatamente superior, el de la Administración, las reglas del juego se revelan todavía más claras. "La Administración siempre ha caminado con retraso respecto a las iniciativas de los clínicos y a veces supone una dificultad enorme para trasladar esas ideas a la práctica", afirma Estebanz. Aun así, reconoce que las sensibilidades están cambiando y que algunos obs-

táculos, como la excesiva burocracia o el asesoramiento insuficiente, empiezan a resolverse con mayor o menor fortuna.

Sin embargo, el proceso todavía se encuentra en pañales. “No hay presupuestos para investigación clínica”, afirma con rotundidad José Enrique Alés, del Hospital Ruber Internacional. Tal como se encargó de recordar, “en España, la aportación de recursos de las administraciones públicas para investigación en ensayos clínicos es, siendo generosos, simbólica. La mayoría del dinero que gestionan los investigadores proviene del sector privado, de las compañías farmacéuticas”. A pesar de que la participación privada es necesaria, advierte que con el modelo actual se impide una investigación independiente, sobre todo teniendo en cuenta que, como empresas en búsqueda de beneficio, los intereses de los laboratorios farmacéuticos sólo radicarán en aquellos proyectos de los que puedan obtener un retorno económico inmediato y muy elevado.

Con los datos generales en la mano parece que el cambio de rumbo en la Administración se prevé largo y complejo. Si bien es cierto que España experimentó un ritmo de crecimiento notable entre 1995 y 2003 en lo que a financiación de investigación y desarrollo (I+D) se refiere, seguimos estando en el furgón de cola de Europa, con una inversión equivalente al 1,05% del producto interior bruto (PIB). Sin embargo, lo paradójico es que, al desglosar este porcentaje, nuestro país se convierte automáticamente en uno de los que más invierte en investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) en materia de defensa (un 0,18% del PIB), porcentaje tan sólo superado por Estados Unidos, Reino Unido y Francia. En cambio, las partidas destinadas a investigación en salud suponen solamente el 0,06%<sup>1</sup>.

Entre algunos de nuestros vecinos europeos predominan sensibilidades bien distintas, con lo cual las comparaciones siguen siendo odiosas. España, octavo país más rico del mundo y con el 8% del PIB de la Unión Europea, ocupa el último lugar del viejo continente en número de investigadores: cinco por cada mil habitantes (la mitad que, por ejemplo, en Suecia). Este hecho es evidente en los centros españoles, donde los métodos de contratación labo-

ral reflejan las carencias de la investigación en el ámbito clínico. Y si hay una figura que representa el máximo exponente de esta situación de precariedad, ésta no es otra que la del becario.

### La triste figura del precario

Bajo la denominación de ‘Personal Investigador en Formación’ se encuentra uno de los colectivos más afectados por la escasez de recursos en investigación. María Luisa Maestro conoce a la perfección el problema. En el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, donde trabaja, los becarios están integrados con los residentes y se les incluye en todos los cursos de formación, en parte gracias a la figura del tutor de becarios. Sin embargo, esta tendencia no es extensible a otros centros hospitalarios, donde los becados todavía no gozan de las mismas condiciones que el resto de los trabajadores.

“Una gran conquista de hace dos años fue que las becarias tuvieran derecho a la baja maternal”, señala Rodríguez de Fonseca. “Es inadmisible que imponamos semejante tipo de condiciones laborales a personas que, no lo olvidemos, tienen una titulación superior”, prosigue. Cree que el problema fundamental se sigue centrando en los costes. Los gerentes se debaten entre dos posturas: o contratan trabajadores de la ciencia y asumen el agujero financiero consiguiente, o siguen contratando becarios y mirando hacia otro lado. La fundación que gestiona es de las que no admite a ningún doctor sin un contrato laboral y, por tanto, de las que ven cómo crece su déficit. En cambio, grandes centros de investigación de nuestro país tienen en sus plantillas una gran cantidad de becarios mal contratados, tal como afirmó Lluís Blanch, de la Corporación Sanitaria Parc Taulí de Sabadell, que no dudó tampoco en comparar la triste figura del becario con la de un esclavo.

Para Antonio Barrasa, del Instituto Valenciano de Oncología, los hospitales públicos españoles se caracterizan por ser de los centros que realizan más contratos precarios, refiriéndose no sólo a los becarios sino también, por ejemplo, a los médicos con contratos de guardias o a los facultativos de refuerzo a los que se da de baja en la Seguridad Social. “No es admisible que la sanidad pública realice

<sup>1</sup>Muñoz E, Sebastián J. Radiografía de la investigación pública en España. Madrid: Biblioteca Nueva; 2006.

contratos que no se admiten en las empresas privadas.” En su opinión, esto pasará factura el día de mañana, pues sin unas ciertas garantías de futuro ni un personal perfectamente adscrito, difícilmente existirán servicios de investigación competitivos en los hospitales.

En opinión de Pujol, se ha abusado enormemente de la figura del becario. Recuerda también que existe un marco legal que establece que a partir de los dos primeros años el Personal Investigador en Formación debe pasar a tener un contrato laboral, y que es deber de las instituciones correspondientes velar por el cumplimiento de esta legislación. Hasta que llega ese momento, puntualizó Daniel Serón, del Hospital de Bellvitge de Barcelona, el becario no es un trabajador sino alguien que debe obtener un beneficio en cuanto a formación. Y este aspecto, recuerda, debe quedar mejor reflejado en los proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS).

¿Pero dónde termina la etapa formativa del becario y comienza la profesional? Para María Natividad de Benito, del Hospital Clínic de Barcelona, la de becario debería ser una etapa transitoria que culminase en un contrato laboral en un tiempo razonable. Pujol limitaría esa etapa a un año, que se parecería más bien a un último periodo de formación. A partir de ese momento, la beca dejaría de estar justificada. “La decisión que hay que tomar es si, con la financiación de que disponemos, seguimos contando con la mano de obra barata que son los becarios o, en cambio, apostamos por menos personal mejor remunerado”, concluye De Benito.

Al margen de las administraciones, Estebarez considera que todos los estamentos implicados deben contribuir a eliminar tan indigna situación. Una alternativa sería sustituir las becas por contratos a tiempo parcial por obra y servicio, que al menos aseguraran una cobertura adecuada y legal. Otra alternativa, tal como sugirió Maestro, pasaría por garantizar un futuro más prometedor a los becarios, sobre todo a aquellos que sacrifican tantos años por una causa que, de cara a presentarse a oposiciones, no les reporta ningún reconocimiento: “Estoy segura de que de esta manera tendríamos muchas más personas con capacidad, entrega e ilusión para hacer investigación”.

En todo caso, a falta de una apuesta firme y clara de la Administración, estas iniciativas confirman

que son los hospitales los que deben encontrar fórmulas para paliar el déficit de recursos. Las posturas sobre los modelos que hay que seguir para conseguir una mayor producción científica en los centros asistenciales navegan entre posiciones partidarias de potenciar las fundaciones o unidades de investigación hospitalarias y otras más radicales que ven en la autosuficiencia el único método para sobrevivir.

### **Fundaciones hospitalarias: dentro, pero fuera**

Las fundaciones hospitalarias son entidades especialmente creadas para facilitar la tarea investigadora desde un entorno clínico. Estas entidades lo son también en el sentido más negativo de la palabra, porque en muchas ocasiones se perciben desde el ámbito hospitalario como ajenas e independientes. A juicio de Ricardo Pujol, ésta es una de las cruces de unos organismos, por otro lado, contemplados muy positivamente por la comunidad científica: “Los gestores del hospital no deben olvidar que las fundaciones se crearon en los propios centros hospitalarios y que, de hecho, son su división de investigación con una serie de flexibilidades”.

Las fundaciones son un ejemplo que hay que seguir como modelo de gestión de la investigación. Así considera a estas instituciones Tomás Montalbán, uno de los miembros de la Fundación Juan Canalejo Marítimo de Oza, vinculada al hospital homónimo. Para él es indudable que la investigación debe gestionarse mediante estos organismos y que la dirección de los centros hospitalarios, a pesar de que las fundaciones cuentan con fondos propios, debe participar en ellas desde la propia estructura.

Rodríguez de Fonseca es también buen conocedor de estas instituciones. No tiene ninguna duda de que deben trabajar con proyectos propios y funcionar como una empresa, creando recursos y retornándolos al hospital. Es mediante esos proyectos propios que consiguen una cierta autofinanciación. Coincide con Pujol en que “el problema es que los servicios y los investigadores hospitalarios no perciben la fundación como algo propio hasta que no empiezan a ver los beneficios, y para que eso ocurra pueden pasar 5 o 6 años, periodo du-

rante el que las reticencias pueden haber aumentado de forma considerable”.

Todos los participantes coinciden en que las fundaciones son el mejor instrumento para facilitar la investigación a los profesionales que lo deseen. Para Pujol son una herramienta mucho más flexible, que permite captar mayores recursos y que contribuye a hacer mucho más visible la tarea investigadora del hospital, aumentando en consecuencia su prestigio. Para Jesús Manuel Morán las fundaciones suponen una liberación del encorsetamiento presupuestario a la hora de, por ejemplo, contratar personal investigador.

Maestro, por su parte, es fiel defensora del modelo que sigue la fundación del hospital donde trabaja. Por tanto, como Rodríguez de Fonseca, defiende que estas unidades funcionen con equipos multidisciplinarios y que lleven a cabo proyectos propios buscando diferentes fuentes de recursos. Todo ello con la gestión o la coordinación del centro hospitalario.

¿Hasta dónde llega jurídicamente el poder de una fundación? Quién mejor para responder la cuestión que Antonio Llamas, jefe de la Oficina Técnica de la Dirección Corporativa del Hospital Parc Taulí de Sabadell: “Una fundación es una entidad con personalidad jurídica propia que goza de absoluta autonomía y, por tanto, es absolutamente independiente de cualquier otra entidad”.

En su opinión, se minusvalora la capacidad gestora de las fundaciones, cuando son instituciones que ayudan a instrumentalizar de forma mucho más sencilla y ordenada, por ejemplo, aspectos organizativos y fiscales. Además, si la práctica clínica y la investigación forman parte de un solo proceso en los ámbitos clínicos, ve lógico que las líneas de investigación de las fundaciones estén marcadas por los órganos de investigación de los hospitales. A partir de ahí, considera que una fundación debe actuar, por un lado, como elemento instrumental, y por otro como dinamizador (captando recursos, potenciando becas, etc.).

Las relaciones de dependencia entre la fundación y el hospital parecen necesarias, tal como recalcó Llamas, ya que si no se podría dar la paradoja de que la primera llevase adelante proyectos de investigación que estuvieran en contradicción con la línea del centro al que está adscrita. Llamas men-

cionó el papel de los órganos de investigación del hospital, vinculados por tanto a sus órganos directivos, en la definición de estas líneas que las fundaciones deben seguir. Planteó además una de las cuestiones más importantes: ¿quién debe gestionar la investigación que se lleva a cabo en un entorno hospitalario?

### ¿Quién lleva el timón?

El conflicto es evidente. Los profesionales que investigan en un entorno clínico conocen mejor que nadie sus necesidades, pero la gestión económica de los recursos en un ámbito tan específico como es un hospital requiere también otros conocimientos más concretos. A su vez, quienes cuentan con ese tipo de formación desconocen la realidad diaria de la tarea investigadora, y en el peor de los casos la infravaloran.

Científicos contra gerentes. O gerentes contra científicos. ¿Es ésta una relación condenada al fracaso? La mayor o menor participación de los científicos en los órganos de gestión es probablemente una de las cuestiones que más discrepancias despierta. Tomás Montalbán cree que una gestión de la investigación monopolizada exclusivamente por científicos resulta en muchos casos perjudicial. Por tanto, cualquier centro hospitalario debe tener en cuenta a profesionales con otros perfiles que dominen, por ejemplo, los temas económicos.

En cambio, para Rodríguez de Fonseca, un profesional que previamente ha pasado por la gestión de pequeños equipos y proyectos puede aportar mucho más que un gestor económico externo. En su opinión, los gestores deben serlo desde la ciencia clínica o biomédica, con información de primera mano y con formación, por supuesto, en gestión económica. Considera que sólo de esa manera se alcanzan la innovación y una cierta independencia respecto a la gestión del ámbito asistencial.

Morán, más en la línea de Montalbán, considera que cualquier incursión del médico en temas económicos es meterse en camisas de once varas. “El conocimiento de los economistas para analizar los retornos o el impacto social de la investigación y algunas de sus herramientas e instrumentos son aspectos que el médico desconoce”, argumenta.

A pesar de todo, los investigadores están presentes de alguna manera en los órganos que toman las grandes decisiones. Así, tal como recordó Estebaranz, el patronato cuenta con investigadores y con un órgano científico de asesoramiento, junto con el resto de elementos gestores y elementos privados, como la banca o las empresas participantes. Precisamente es en el patronato donde se definen las líneas de investigación del hospital, además de otras cuestiones como la financiación y las aportaciones a las fundaciones.

A partir de ahí, en opinión del propio Estebaranz, el papel de un gerente en el área de investigación debe ser el de facilitador, y nunca con una implicación o gestión directas. En momentos determinados podría adoptar también una función impulsora sobre qué interesa o cómo interesa investigar, sobre todo en lo que respecta a investigaciones más allá de la clínica o la básica, como la investigación de calidad, de procesos asistenciales, de la eficiencia de los recursos o del sistema de adquisición de nuevas tecnologías. Concretamente, en este último aspecto se le podría reservar al gerente el papel de controlador.

En todo caso, parece que tanto la gerencia del hospital como la dirección de investigación de éste están condenadas a entenderse. “Si no hay una alineación entre los objetivos generales de los gerentes y los de la fundación, el sistema está abocado al fracaso”, advierte Rodríguez de Fonseca. Una opinión que también comparte Morán, que a su vez relativiza de alguna manera la voluntad de injerencia de los que mandan: “Los gerentes no quieren controlar, sino saber qué es lo que pasa. Un balance de resultados semestral con la presencia del responsable de la investigación, por ejemplo, sería más que suficiente para generar un sistema de mutua confianza, que al final es de lo que se trata”.

Antonio Llamas es totalmente contrario a la contraposición entre gerencia e investigación, ya que al final la organización sanitaria es una institución que incorpora asistencia y todas las vertientes de investigación inherentes a ésta con una única misión: perfeccionar la atención al paciente. “La investigación es un elemento fundamental de la práctica clínica, pero la gerencia tiene la responsabilidad de hacer sostenibles las organizaciones. Muchas de las iniciativas de los investigadores se alejan de los

presupuestos y de los objetivos de la institución. Y cuando los costes son inalcanzables se puede contemplar la posibilidad de buscar otras fuentes de recursos”, afirma Llamas.

¿Tiene sentido que la dirección de una empresa y la sección de investigación vayan por separado? ¿Cómo no va a estar la política científica de un centro auspiciada y generada desde la propia dirección? ¿Es que dirigir es solamente manejar el dinero? ¿Es que dirigir no es pensar en términos de I+D y de política asistencial científica? ¿Podemos imaginar una empresa de automóviles creando una fundación para comprar ruedas y tornillos? Son preguntas que lanzó al aire Agustín Gómez de la Cámara, estableciendo un símil que muchos quisieran ver hecho realidad: que los centros asistenciales funcionasen como auténticas empresas.

## Hospital frente a empresa

¿Puede o debe funcionar un centro asistencial con las mismas leyes y objetivos que una empresa privada? Planteó esta cuestión Gómez de la Cámara al comparar un centro hospitalario con una marca de automóviles, en la que no tendría ningún sentido un departamento de investigación ajeno a los objetivos generales de la compañía. Para María Natividad de Benito ésta es precisamente la diferencia entre un hospital y una empresa privada. Mientras en el primero la investigación no se encuentra entre los objetivos prioritarios, en la segunda tienen bien clara su importancia.

Rodríguez de Fonseca es un fiel partidario de que los departamentos de investigación en el ámbito clínico funcionen con una mentalidad empresarial: “Reclamamos a la Administración lo que nosotros como equipos podemos conseguir con nuestros propios medios. En ese sentido, debemos seguir el modelo americano: si no logramos una subvención pública completa, debemos buscar la financiación de manos privadas”.

Se refería con esto último a fórmulas como los proyectos de copago, que combinan la financiación pública con la privada. El agujero financiero de su fundación, por falta de copago de la Consejería de Salud, advierte Rodríguez de Fonseca, asciende a 600.000 euros en cinco años. Una situación,

denuncia, de "ilegalidad manifiesta", ya que mientras tanto es la fundación la que debe asumir los costes de personal. A pesar de ello, considera que los convenios entre las fundaciones y la Administración son muy positivos siempre y cuando se planteen desde el punto de vista empresarial, con un contrato bajo el brazo.

Montalbán es partidario de una financiación más privada, sobre todo cuando se trata de grandes proyectos. La razón es muy sencilla: con fondos públicos, la investigación está mucho más dirigida y debe reunir una mayor cantidad de requisitos, ralentizándose todo el proceso.

Los centros asistenciales también han sabido encontrar en la universidad un gran apoyo en cuanto a experiencias y recursos, tal como recuerda Pujol. En este sentido, parece que las universidades van un paso por delante en lo que a convenios con entidades privadas se refiere, o incluso más allá con la creación de nuevas empresas.

Para Lluís Blanch, los hospitales deben aprender a colaborar con todas las instituciones que están a su alcance. Centros de biología, de nanotecnología, de microelectrónica, etcétera, pueden ofrecer servicios que no será necesario tener en los centros asistenciales.

Tal vez con una mentalidad empresarial no se producirían algunos desajustes que sí ocurren en el ámbito hospitalario, sobre todo precisamente en lo que a infraestructuras y optimización de recursos se refiere. "Es importante disponer de una buena tecnología, pero no creo que tenga sentido que un hospital disponga de cinco secuenciadores cuando en realidad sólo se utiliza uno", comenta Maestro. En ese sentido, no son pocos los que abogan por otras modalidades como el *outsourcing* (contratación externa de servicios) o la *joint venture* (convergencia de recursos).

Pero una cosa es adoptar fórmulas propias del sector privado y otra bien distinta es formar parte de él. Para Antonio Barrasa, la filosofía de la empresa es completamente diferente de la de un hospital. Si la filosofía de una es claramente esclava de la competencia y busca ocupar siempre los primeros puestos, la prioridad del otro es proporcionar asistencia a los pacientes de su área, sin importarle en exceso la competencia. Ser competitivo en nuestro sistema sanitario, avisa, puede resultar incluso per-

judicial, ya que los gerentes temen que comporte un aumento de las necesidades sin contar con el consecuente aumento de los recursos.

Esta falta de competitividad supone una de cal y una de arena, tal como advierte Barrasa. Por un lado puede comportar un estancamiento o una falta de esfuerzo y motivación para aumentar el prestigio del centro hospitalario, ya que no es requisito indispensable ser competitivo para subsistir. Por otro, en cambio, garantiza que las investigaciones no tengan como único objetivo el beneficio económico. Es ahí precisamente donde radicaría otra gran diferencia: la empresa busca su propia rentabilidad, mientras el hospital persigue la rentabilidad social.

El caso es que, con mentalidad empresarial o sin ella, toda inversión en investigación busca unos rendimientos. "Si no hay una transferencia de conocimientos que se traduzca en una tecnología, la tarea de investigar no tiene sentido", recuerda Rodríguez de Fonseca. Daniel Serón planteó una duda que sería impensable en cualquier empresa de cualquier ámbito: ¿cómo cuantificar los réditos que genera la investigación en un ámbito clínico?

### **Sobre los beneficios tangibles e intangibles de la investigación**

Los hospitales españoles, con su actividad investigadora, no logran alcanzar el 5% del total de las patentes que se registran cada año en nuestro país, según los datos que presentó en abril de 2006 la Fundación para la Investigación del Hospital La Fe de Valencia. Las cifras tampoco son muy alentadoras si las extrapolamos al ámbito universitario: las facultades españolas no superan las cien patentes al año. Estos datos, tal y como advierte Pujol, son sumamente inferiores a los de cualquier universidad u hospital norteamericano.

Para Morán ésta es una gran asignatura pendiente de nuestro sistema: "Nos conformamos con la publicación pura y dura y el factor de impacto, pero en cambio no nos fijamos en cómo ha revertido o cómo se ha aplicado la investigación en nuestra organización". Para solventar mínimamente el problema propone la creación de un departamento de incorporación de resultados que garantice un retorno para la institución.

“Todos nuestros contratos tienen una cláusula que especifica que cualquier investigador que sea capaz de generar un conocimiento aplicable o explotable tiene derecho a un porcentaje de los beneficios que de él se deriven.” Para Rodríguez de Fonseca ésta es la mejor manera de incentivar la investigación en un centro hospitalario.

Si salen o no salen las cuentas es una de las cuestiones que generaron más dudas en la reunión, de entrada porque resulta muy complicado cuantificar no sólo los beneficios que se generan de la investigación, sino también los costes que ésta implica. En primer lugar están los gastos oficiales destinados a la investigación desde un entorno hospitalario y que, a falta de datos por parte de la Administración, Morán califica de muy elevados. Para sustentarlo, se basa en las cifras aportadas por Antares Consulting en 2001, de un estudio realizado en Bélgica. Según este proyecto, los costes de investigación y docencia de los hospitales universitarios de aquel país representan el 20% de los costes totales, y ascienden al 30% en el caso del Reino Unido.

Por otro lado, existen también una serie de gastos implícitos de la investigación que no quedan reflejados de manera explícita en los presupuestos, tal como advierte Pujol. Éste es el caso de la dedicación horaria del personal que investiga desde el centro hospitalario. Las horas dedicadas a esta tarea no se computan en la lista de gastos de un proyecto de investigación.

Según Pujol, estos costes no son excesivamente importantes, pero convendría especificarlos para determinar quién paga la factura, tal como hace el modelo americano. En Estados Unidos, los proyectos de investigación incorporan los costes de personal para que, de esa manera, los hospitales puedan contratar las horas necesarias del facultativo asistencial.

En los centros privados, como el Ruber Internacional, donde trabaja Alés, también tienen en cuenta estos gastos. Así, el tiempo que una secretaria dedica a proyectos de investigación está incluido en su salario. Para Lluís Blanch, no sólo los costes de personal, sino todos los gastos que implican a la institución, deberían estar reflejados en los presupuestos para, de esa manera, hacer más transparente el proceso.

En todo caso, parece que el esfuerzo económico que la investigación supone para un hospital queda mercedamente compensado con una serie de retornos no tangibles, pero de incalculable valor. “Es cierto que hay un coste adicional que se carga al centro hospitalario por investigar. Pero también es verdad que el hospital recibe de manera gratuita un enriquecimiento científico y profesional a muy pequeño coste”, afirma De la Cámara. “El investigador está aportando tecnología y desarrollo en los que el hospital apenas invierte, con lo cual el gran beneficiario del esfuerzo investigador individual no es otro que la propia institución”, concluye.

Para Daniel Serón hay muchos aspectos que se pueden cuantificar a favor de la institución que investiga, por ejemplo ingresos adicionales como el porcentaje que se paga de becas, ensayos, etc., y el ahorro en medicación cuando se realizan ensayos clínicos. Estos aspectos, intuitivamente y sumados al prestigio, le parecen de un importante valor.

Tales beneficios se verían multiplicados si, tal como apunta Rodríguez de Fonseca, se realizara una evaluación posterior y exhaustiva de los proyectos de investigación que obligara a una transferencia del conocimiento. El pago por resultados se vislumbra como una opción de futuro, siguiendo de nuevo la estela empresarial. En la industria automovilística cada proyecto de investigación termina por convertirse en un nuevo modelo de automóvil que sale al mercado. Trasladar este concepto a un hospital supondría pagar por patentes, por resultados tangibles de los proyectos desarrollados desde el centro.

De momento, en España supondría un cambio muy radical, sobre todo cuando buena parte de la investigación se sigue basando en las subvenciones y cuando los centros siguen sin verla atractiva como inversión. Y sobre todo, cuando frases tópicas como “Europa inventa y Estados Unidos patenta” son un fiel reflejo de la realidad.

## **Desprotección intelectual**

Se da la circunstancia de que los beneficios que puede reportar a un hospital el descubrimiento de una nueva aplicación terapéutica en el transcurso de un ensayo clínico se ceden gratuitamente a la



empresa privada que lo paga. Tal como se planteó en la reunión, cuando los investigadores de un centro realizan ensayos clínicos para la industria se convierten en meros ejecutores a los que se priva de toda capacidad de reflexión y de propiedad intelectual.

Para Rodríguez de Fonseca es inconcebible que un hospital no negocie un reparto más equitativo de los beneficios, más cuando la empresa utiliza recursos y servicios del centro a un precio bastante asequible. Los convenios entre las dos partes, tal como se plantean en otros países, deberían reflejar un reparto igualitario del desarrollo tecnológico y ambas deberían tener el mismo derecho a los *royalties* que se deriven de una investigación realizada en un centro hospitalario.

La Administración puede tener una influencia muy importante sobre el aspecto de la protección intelectual, que por el momento no está debidamente regulada. Cuando se solicita un proyecto al Ministerio de Sanidad o de Educación no hay, por parte de ambos ministerios, ninguna implicación con respecto a la posesión de los derechos de protección intelectual, a pesar de que se trata de un conocimiento subvencionado con capital público. En cambio, cuando un equipo firma un contrato con una empresa privada para realizar un ensayo clínico, se encuentra con una cláusula innegociable por la cual cede a la empresa la propiedad intelectual. Parece crucial, pues, que la Administración provea un marco jurídico adecuado que proteja legalmente los derechos del centro que investiga.

Las contradicciones no terminan ahí. Además de ceder la propiedad intelectual y de ceder, por tanto, los posibles beneficios derivados de la investigación, en el ámbito de la ciencia también es común conceder los derechos de publicación, de manera que en muchas ocasiones los autores deben pagar para ver publicados sus resultados. Para Rodríguez de Fonseca esto es lo más parecido al robo de un patrimonio.

Lo malo es que, en otras muchas ocasiones, la publicación es el último eslabón de la tarea investigadora, eslabón tras el cual no hay una verdadera transferencia del conocimiento adquirido, un auténtico retorno. El investigador desconoce en gran medida las herramientas de que dispone para con-

seguir una mayor productividad de su trabajo, y éste es uno de los principales factores que juegan en su contra.

Tal como advertía Rodríguez de Fonseca, los profesionales creen, por ejemplo, que patentar supone un impedimento para publicar en una revista biomédica, o desconocen por completo los tiempos y el coste que supone este procedimiento. Para paliar tal situación, según este investigador, conviene mejorar la formación, no sólo sobre patentes sino también sobre modelos de utilidad y procesos de transferencia, de manera que los investigadores sepan cómo proteger el conocimiento y cómo transferirlo a la industria.

Morán aconseja adoptar los modelos anglosajones de difusión de resultados dentro de la organización. Realzar el valor intrínseco de la investigación y desarrollar una adecuada comunicación interna y externa de ese valor parecen buenas estrategias para fomentar una tarea que, hoy por hoy, sigue contando con una escasa tradición en el entorno hospitalario. Trabajar en un centro de reconocido prestigio y a la cabeza en innovación debería suponer un valor añadido para el profesional investigador. Pero, por el momento, ni los centros parecen apostar en su mayoría por semejantes objetivos ni el personal parece sentirse especialmente motivado por una tarea escasamente reconocida.

## Desmotivación

Se señala como uno de los grandes escollos: la desmotivación en todos los ámbitos y eslabones. La escasa tradición investigadora, fomentada tras años y años de marginalidad institucional, es palpable en las expectativas de los profesionales de los centros hospitalarios, donde todavía se sigue considerando al investigador como un héroe. Y no es para menos si tenemos en cuenta el contenido de los párrafos anteriores.

“La investigación tiene que dejar de ser un *hobby* que hacemos en las horas extra”, afirma Serra. Hacer realidad su deseo es una tarea complicada. De entrada, porque la necesidad de remunerar la tarea investigadora y la escasez de recursos son incompatibles. Sin embargo, “el incentivo económico se presenta como esencial para motivar a los profesionales”, asegura Barrasa, “porque si no los clí-

nicos preferirán estar en la consulta privada por las tardes”.

De nuevo la Administración pública tiene mucho que decir. Para mejorar las aspiraciones de los investigadores se hace necesario un rotundo cambio en las rígidas estructuras establecidas y un cambio en las preferencias presupuestarias. “La I+D genera un movimiento económico que asusta enormemente a la Administración. Si no hay riesgo y capacidad de proporcionar capital inversor, no podremos avanzar en materia de investigación”, asegura Rodríguez de Fonseca. Dotar a las fundaciones hospitalarias de una absoluta liberalización fiscal, por ejemplo, supondría un gran impulso para el campo de la investigación biomédica.

Más allá del dinero, existen otras vías que pueden conducir a una mayor motivación para los investigadores, tal como recuerda Antonio Guerrero, subdirector de Investigación y Docencia del Hospital de La Ribera de Alzira. Una de ellas pasa por reconocer su esfuerzo con incentivos que no son precisamente remunerados, pero que son de vital importancia para su carrera profesional, como las ayudas para acceder al tercer ciclo y el grado de doctor. Facilitar becas, premiar las publicaciones de impacto y formar en metodología de investigación son otras de sus propuestas para hacer más atractiva la tarea de investigar.

Es necesario, según Estebaranz, que los hospitales definan sus líneas de investigación, propongan financiación a diversas fuentes y contribuyan a hacer compatibles asistencia, docencia e investigación de forma eficaz, fomentando el trabajo en equipo.

Ante la falta de recursos, y la lentitud y las trabas administrativas, propone como solución el establecimiento de oficinas que asesoren de forma adecuada para que el investigador pueda acceder de forma fácil a las oportunidades que tiene.

El sistema, tal y como está planteado, tampoco contribuye excesivamente a la compatibilidad de tareas. En algunos casos, asegura Morán, incluso la desincentiva. Un ejemplo claro es la falta de dinamismo en los hospitales españoles. El sistema de plazas fijas y en propiedad fomenta el estancamiento. El profesional acaba considerando que su función en el hospital se reduce única y exclusivamente a la asistencia, mientras que la tarea investi-

gadora la acaba situando en otros entornos profesionales, como las sociedades científicas, donde obtiene su reconocimiento profesional.

Esto explica, según Daniel Serón, que la única aspiración de los médicos que terminan la residencia sea la de encontrar un trabajo remunerado. En su opinión, cada vez es menos frecuente la formación en el extranjero y el aprendizaje del inglés, idioma científico por excelencia. Favorecer la movilidad de las personas entre los diferentes centros y que estos centros seleccionen al personal por sus méritos, tal como apuntó Alés, parece un requisito indispensable para una investigación competitiva y de calidad.

Por su parte, Jordi Serra evidenció el agravio comparativo entre un médico y un investigador. La carrera del primero es la siguiente: termina la titulación, realiza el MIR, termina la residencia, busca una plaza, la encuentra y ahí se queda. La carrera del investigador consiste en cuatro años de predoctorado, realización de la tesis, varios años fuera, posdoctorado, etc. Dos procesos totalmente distintos que, además de desiguales, son bastante complicados de compatibilizar. “Cómo compaginar esto, cómo hacer realidad una carrera profesional para investigadores médicos clínicos” es la pregunta que conviene responder cuanto antes, añade Serra.

Joan Córdoba, del servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona, hace hincapié en la escasa formación de investigadores clínicos, en parte condicionada por el sistema de formación de médicos en España, el MIR, en el cual la tarea de investigación tiene muy poca importancia. El tiempo que un estudiante ha dedicado a formarse en investigación no se reconoce ni tan sólo a la hora de conseguir un puesto de trabajo.

En consecuencia, “la cultura de los jóvenes no es la de esforzarse más allá de lo que las políticas laborales de nuestro país exigen”, afirma Jesús Manuel Morán, responsable también del programa MIR. Previa a la etapa profesional, parece que en la formativa tampoco se fomenta la investigación como valor añadido. Para Salgado, “la enseñanza que hoy se promociona en la facultad no corresponde a la ciencia médica del siglo XXI. Nuestros licenciados probablemente serán magníficos médicos clínicos y practicarán técnicas muy novedosas, pero tienen y tendrán, en la mayoría de los casos, una falta de cultura de futuro”.

La ausencia de una mayor formación en metodología de investigación clínica es una de las principales barreras que impiden una actividad investigadora más intensa, según Juli Rifà, del Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca. Si la investigación apenas forma parte de los planes de estudio ni tampoco es un valor añadido en el currículum de un profesional, ¿qué puede motivar a alguien a dedicarle tiempo y esfuerzo?

Salvador Pita propone algunas recetas: incentivar a los investigadores en los aspectos profesional y formativo, y no sólo económicamente; proporcionar tiempo para la investigación dentro de la jornada laboral; valorar la producción científica, de manera que, por ejemplo, no tenga más valor un curso que un trabajo publicado en una revista internacional.

Sobre el último aspecto, el del factor de impacto de un centro hospitalario, José Luis Tovar, del Servicio de Nefrología del Hospital Vall d'Hebron, quiso mostrar su desacuerdo: "No soy partidario de una investigación basada en el éxito, el factor de impacto y el fenómeno mediático rápido. Eso es lo que interesa a los gestores. Hay que asegurar la investigación a largo plazo, planteando con más solidez la formación del personal desde el principio".

En todo caso, con independencia de las maneras de hacer, hasta que la investigación no se reconozca debidamente y de forma general, ésta seguirá basándose en el altruismo y la heroicidad de sus ejecutores. En opinión de Andrade, es conveniente primar el currículum investigador, algo relativamente fácil que requiere la voluntad de la Administración. Según su experiencia, la investigación funciona razonablemente bien cuando coinciden la dirección asistencial y la de investigación. Por ello, conviene tener en cuenta el currículum investigador para acceder a puestos de dirección asistencial.

### Una gran fuente de información

Forme o no parte de los objetivos prioritarios de los gerentes hospitalarios, el hecho es que la investigación está presente en estos centros de forma indirecta. La gran cantidad de datos que se recopilan en un hospital darían para muchos estudios y podrían resultar de vital importancia tanto para la comunidad científica como para la sociedad. Sin

embargo, tal como advierte Barrasa, se desperdicia mucha información: "La recogida de datos para su posterior estudio y análisis en la actividad asistencial básica no es eficaz".

Si bien es cierto que los datos de los enfermos incluidos en ensayos clínicos se recogen de manera muy correcta y protocolizada, no ocurre lo mismo en otros ámbitos, como los servicios de urgencias o la actividad asistencial básica diaria. Normalmente los datos quedan olvidados en hojas de papel que, para ser revisadas, requerirían muchas horas. Además, los protocolos no se han introducido en los hospitales para mejorar la investigación, sino por motivos de gestión y de protección legal de los profesionales. Ante posibles reclamaciones, con estos formulismos es más fácil cubrirse las espaldas.

Serón recuerda que la llegada de los ensayos clínicos a nuestro país ha favorecido la idea de que desde el ámbito clínico se puede generar una información útil, no sólo para el médico sino también para la industria. En cambio, falta utilizar mejor los datos que generan estos ensayos y saber extrapolarlos a una realidad más amplia. "Una parte importante de la investigación es la recogida de datos", afirma Barrasa. Para que ésta sea eficaz propone seguir un mismo patrón en todos los hospitales y centros de salud, con un mismo programa informático, una misma historia clínica y un acceso global para todos los empleados del Sistema Nacional de Salud.

La Clínica Mayo, en Estados Unidos, es un ejemplo que hay que seguir, apunta Sergio Erill, de la Fundación Dr. Antonio Esteve. El éxito de esta institución sin ánimo de lucro se debe a que los hermanos Mayo decidieron crear un hospital en el que la recogida y el archivo de datos se realizaran de una forma modélica. Erill recuerda con ello que el éxito de un ensayo clínico no reside tanto en la grandiosidad del diseño como en la atención meticulosa y en la observación de cada uno de los detalles.

La falta de cultura vuelve a estar presente también en este sentido. Se puede observar, por ejemplo, en aquellos médicos que, aun trabajando en una investigación protocolizada, son incapaces de utilizar esos mismos hábitos cuando asisten a sus pacientes fuera del estudio. En cambio, en algunas disciplinas, como la oncología, donde desarrolla su labor Alés, la participación en ensayos clínicos y la asistencia están íntimamente ligadas. El trasvase

de actitudes y de formas de hacer es constante y necesario.

No ocurre lo mismo en ámbitos como la atención primaria. Sólo el 3% o 4% de los ensayos provienen de la medicina de familia, señala Salvador Pita, en la que predominan básicamente estudios de seguimiento de diagnóstico, de eficacia de pruebas diagnósticas y de prevalencia. Para Tovar esto debe reconducirse, ya que en el panorama actual es el investigador quien diseña el estudio y analiza los resultados, mientras que el médico asistencial trabaja en el ensayo clínico como un peón más. En su opinión, hay muchos más campos donde la atención primaria tendría mucho que decir, como la epidemiología, la prevención de enfermedades o el propio diseño de los estudios.

¿Qué participación puede tener un médico de cabecera en una investigación científica? Antonio Barrasa es consciente de su importancia, por ejemplo, en estudios epidemiológicos, a pesar de que trata patología muy diversa. Su colaboración resultaría de vital importancia en el registro de la información (con sistemas unificados) e incluso en el seguimiento epidemiológico de determinadas enfermedades. Pero si en algo debe tenerse en cuenta a la atención primaria es, desde su punto de vista, a la hora de detectar los problemas que pueden afectar a la población y sobre los que es conveniente realizar una investigación.

Los moderadores de la reunión, Blanch y De la Cámara, coinciden en que es muy necesario fomentar el contacto entre el centro de salud y el hospital, incentivar el encuentro y la integración de estos dos niveles asistenciales. Apuntan que una investigación en la esfera clínica que no tenga en cuenta la atención primaria siempre será una investigación sesgada e incompleta.

Según Serra, el ensayo clínico debe contemplar todo el espectro del proceso y, por tanto, conviene unir estos dos mundos tan diferentes, la asistencia desde un centro de atención primaria y la asistencia desde un hospital. Un ejemplo del sesgo que pueden presentar algunos ensayos clínicos es que suelen tener en cuenta solamente a aquellos enfermos suficientemente graves como para ser hospitalizados. Las conclusiones que se deriven del estudio, por tanto, corren el riesgo de ser válidas tan sólo para una porción de los pacientes.

Parece imprescindible integrar ambos tipos de asistencia cuando hablamos de investigación desde el ámbito clínico. No es la única integración deseable, ya lo hemos visto. Es igualmente necesaria la buena comunicación entre atención, formación e investigación. Y está claro que para ello no existe un modelo paradigmático sino que, probablemente, tal como sugiere Maestro, sea más necesaria la integración de distintas fórmulas adaptadas a cada centro.

### **Cambio de concepciones**

Muchas culturas y formas de pensar asentadas en la mentalidad general tienen que cambiar para que la investigación en el ámbito clínico sea una realidad visible y palpable. Para que la única admiración que despierten los investigadores sea consecuencia de sus resultados científicos y no de sus actos heroicos para superar las innumerables barreras que les impiden el desarrollo de su labor con absoluta normalidad.

Debemos asistir a un cambio de mentalidad de los que mandan, tanto en la política con mayúscula como en la que se refiere a las políticas de cada centro. La primera, susceptible a las diferentes inquietudes de cada gobierno, cambia muy lentamente. A pesar de que en los últimos tiempos se aprecia una mayor sensibilidad hacia temas científicos, la investigación sigue sin ser una de las prioridades en nuestro país, sobre todo en lo que a inversión económica se refiere.

La falta de recursos sigue siendo el principal campo de batalla, en el que fórmulas contractuales de dudosa ética son el primer enemigo a batir. La escasa inversión pública en investigación la condena en buena medida a depender del sector privado, sobre todo si hablamos de ensayos clínicos, con el consiguiente peligro de priorizar la rentabilidad económica por encima de la social. Pero incluso para la industria, desde el punto de vista de la regulación, tal como advierte Félix Bosch, de la Fundación Dr. Antonio Esteve, las estrictas medidas legales en el ámbito de la investigación terapéutica con medicamentos suponen también un importante freno.

Por otro lado, las mentalidades de los gerentes se dividen entre las que buscan soluciones y alternativas para mejorar la investigación y las que deci-

den no entrar en conflicto con sus cuentas de resultados. En todo caso, cada nueva propuesta para lograr una mayor financiación, Administración pública aparte, supone un nuevo paso adelante, como también lo sería un mayor entendimiento entre los equipos directivos del centro y sus responsables de investigación. Consensuar el camino por el que debe discurrir la investigación en el centro constituye el mejor modo de lograr unos objetivos comunes.

El acuerdo es difícil. Los profesionales implicados en la labor deben convencer a sus superiores de la rentabilidad de la investigación. Cuando ésta no siempre es cuantificable en cifras y debe hacerse un importante esfuerzo en inversión, la tarea no resulta sencilla. Si además las condiciones no son favorables, las estructuras no lo posibilitan, escasea el tiempo disponible y los recursos son pocos, podríamos decir que es casi imposible llegar al consenso.

Sin embargo, la comparación con el mundo empresarial puede resultar un argumento muy persuasivo y extremadamente eficaz. Las empresas no se conciben sin un buen departamento de investigación que, además, debe generar unos beneficios tangibles con la máxima eficiencia de los recursos. Con razonamientos como este puede ser más sencillo convencer a los gerentes de las múltiples posibilidades de una buena hermandad entre asistencia, investigación y docencia.

Para que dicha hermandad sea posible conviene promocionarla. Sólo con un reconocimiento tangible los profesionales encontrarán la motivación perdida. Pocos pueden encontrar en la investigación y la docencia un valor añadido cuando no vienen acompañadas de una remuneración o del reconocimiento profesional.

Sin embargo, parece que la investigación tampoco está entre las prioridades de muchos recién licenciados, ávidos de un buen currículum y de un puesto de trabajo estable. Tampoco muchos, una vez asentados, encuentran inquietudes suficientes. El estancamiento profesional, la rutina y la pereza pueden acabar imponiéndose. Así pues, el cambio de mentalidad es necesario también en los potenciales investigadores.

En definitiva, el cambio de concepciones debe producirse a todos los niveles. España todavía se debate entre su escasa tradición investigadora y el importante potencial de sus profesionales, con el buen ejemplo de otros países europeos, Estados Unidos y Japón como meta. María Luisa Maestro es optimista al respecto. En su opinión, asistimos a un cambio radical de cultura en el ámbito hospitalario: "Antes los profesionales querían investigar y ahora ya quieren investigar sobre algo determinado". Un importante paso adelante.

---

## CUADERNOS DE LA FUNDACIÓN DR. ANTONIO ESTEVE

---

1. Guardiola E, Baños JE. Eponímia mèdica catalana. Quaderns de la Fundació Dr. Antoni Esteve, N° 1. Barcelona: Prous Science, 2003.
2. Debates sobre periodismo científico. A propósito de la secuenciación del genoma humano: interacción de ciencia y periodismo. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 2. Barcelona: Prous Science, 2004.
3. Palomo L, Pastor R. Terapias no farmacológicas en atención primaria. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 3. Barcelona: Prous Science, 2004.
4. Debates sobre periodismo científico. En torno a la cobertura informativa del SARS. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 4. Barcelona: Prous Science, 2006.
5. Cantillon P, Hutchinson L, Wood D, coord. Aprendizaje y docencia en medicina. Traducción al español de una serie publicada en *British Medical Journal*. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 5. Barcelona: Prous Science, 2006.
6. Bertomeu-Sánchez JR, Nieto-Galán A, coord. Entre la ciencia y el crimen: Mateu Orfila y la toxicología en el siglo XIX. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 6. Barcelona: Prous Science, 2006.
7. De Semir V, Morales P, coord. Jornada sobre periodismo biomédico. Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, N° 7. Barcelona: Prous Science, 2006.