

La investigación que precisamos en el futuro para la toma decisiones en la clínica la gestión y la política

Concepción Violán

Gerente Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP)

En la actualidad, las personas gozan de mejor salud, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. Nunca se había contado con tantos recursos para la salud como ahora. El gasto en salud está creciendo a un ritmo mayor al del producto interno bruto (PIB), que pasó de un 8% a un 8,6% entre 2000 y 2005, mientras que el crecimiento del gasto mundial en salud ha sido del 35% en cinco años. La mejora de los conocimientos en materia de salud y la revolución tecnológica multiplican las posibilidades de mejorar la salud y transformar la cultura sanitaria en el contexto de una sociedad global, más instruida y en proceso de modernización.

No obstante, las políticas de salud se han centrado en cuestiones concretas y los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose prioridades a corto plazo, de forma fragmentada y sin un rumbo claro a seguir ⁽¹⁾ A pesar del incremento de los recursos destinados a la salud, la proporción del gasto sanitario dedicada a determinar la eficiencia de las intervenciones, no llega al 0,1% en los Estados Unidos, país que destina el mayor porcentaje de su gasto sanitario (5,6%) a las investigaciones biomédicas ⁽²⁾ .

La atención primaria ofrece claras oportunidades para la investigación: trabajo en equipo, múltiples elementos comunes en la historia clínica, atención a poblaciones bien definidas, accesibilidad y frecuentación, longitudinalidad, atención a personas sanas, con factores de riesgo y/o enfermas, en condiciones reales (comorbilidad). Su enfoque biopsicosocial hace esencial la evaluación de la efectividad de las intervenciones y no sólo de su eficacia. La globalidad hace imprescindible la investigación de la relación profesional/paciente, las motivaciones y oportunidades de cambio de los pacientes y la participación de estos en la toma de decisiones ^(3,4) .

La AP constituye un área de conocimiento propio y un eslabón esencial en el sistema sanitario de la mayoría de países. Se relaciona ampliamente con las otras áreas de conocimiento, pero aportando una visión y perspectiva específica sobre su realidad. La investigación realizada en y para la AP, debe

aportar evidencias concluyentes para fundamentar la toma de decisiones y mejorar la calidad de sus servicios y la salud de los pacientes ⁽⁵⁾ Sin embargo, a pesar del importante peso asistencial y docente de la AP dentro del SNS, la presencia de la investigación, comparada con la de otros ámbitos asistenciales, es débil. La producción científica de los profesionales de AP es baja, concentrándose fundamentalmente en revistas españolas. La participación en proyectos financiados por agencias externas no supera el 4-5%, ni en número de proyectos, ni en presupuestos conseguidos.

¿Por qué, entonces, esta desproporción entre el peso asistencial y el investigador de la AP?

Diversos factores condicionan esta desproporción. En primer lugar, la falta de una política de apoyo a la investigación en AP, la escasa sensibilidad de los gestores, así como la poca tradición investigadora en este ámbito, han comportado la insuficiente financiación de infraestructuras para la misma. La presencia de la investigación en los presupuestos de AP es casi nula. Existen pocas políticas de recursos humanos que permitan liberar o combinar asistencia e investigación, o que impulsen su realización, incluyéndola en los baremos de oposiciones. La enorme dispersión de los profesionales y la falta de tiempo por la elevada presión asistencial también agravan esta situación.

Un segundo aspecto, es la falta de relación entre la AP y la Universidad al no existir un área de conocimiento propia de la medicina de familia y las unidades docentes de medicina de familia separadas de la Universidad. España e Italia son los únicos países europeos sin departamentos de Medicina de Familia en la Universidad. Si bien en los últimos años se cuenta con profesores asociados y se han creado algunas cátedras de medicina de familia, estas no tienen competencias curriculares reales y no participan en los órganos de gobierno académicos universitarios. No hay por tanto la simbiosis de producción, disseminación y traslación de conocimiento que se produce en otros ámbitos asistenciales y en otros países.

El tercer aspecto a destacar, es la evaluación estándar de la investigación de la AP substancialmente basada en el factor de impacto (FI), dada la poca implantación de otras estrategias de evaluación del impacto socioeconómico de la misma, como el modelo *payback* que analiza la aplicación, a la atención sanitaria, de los conocimientos obtenidos ⁽⁶⁾.

Por otra parte, las agencias financiadoras, los organismos de evaluación de las mismas y los comités editoriales de las revistas científicas, tampoco han mostrado un interés específico por la AP, lo que dificulta la correcta valoración de las investigaciones realizadas en este ámbito. A todo ello se añade la poca relación existente con el sector privado (industria farmacéutica, tecnología sanitaria).

Por tanto, ¿cómo romper este círculo vicioso e impulsar la investigación en AP? En el momento actual, existen diversos elementos estratégicos que pueden servir de punto de inflexión. El incremento del porcentaje económico dedicado a la investigación: En España, en el periodo 1996-2000 se ha pasado de un 0,83 a un 0,94 % del PIB, y aunque aún dista bastante de la media europea (1,9% del PIB) y del objetivo europeo de alcanzar el 3% del PIB en el año 2010, hay el compromiso del actual gobierno para seguir impulsando la investigación. No se puede fomentar la investigación en AP sin apoyo financiero de los gobiernos. En el Reino Unido, por ejemplo, el National Health Service está dedicando desde el año 1998 fondos específicos para la AP con el fin de incrementar su capacidad de investigación y promover la creación de redes de investigación. Así pues, la investigación en AP deberá contar con organizaciones específicas y unidades de soporte especializado que, junto con los profesionales de AP, trabajen para el desarrollo de la investigación. Y esto no es posible con la dedicación voluntarista de los profesionales o liberaciones parciales de tiempo. Es imprescindible que investigación cuente con personal especializado y profesionales que puedan combinar la asistencia y la investigación ⁽⁷⁾.

La creación de redes de investigación españolas y europeas es otra gran oportunidad. En varios países europeos desde hace años se están desarrollando las PBRN (*Practice Based Research Network*) a partir de fondos públicos dedicados a la AP. También en Estados Unidos se han creado redes de investigación en AP, agrupadas en la Federación de Redes de Investigación Basadas en la Práctica (FPBRN) que reciben soporte financiero de la Agencia de Salud para la Investigación y la Calidad (AHRQ).

En España, a partir de la convocatoria de redes temáticas de investigación del ISCiii también se ha dado un fuerte impulso: la AP participa en varias redes además de participar en el CIBER de obesidad y nutrición, el CAIBER y lidera

de forma especial la RediAPP (Red de innovación e integración de la prevención y promoción de la salud en AP) ⁽⁸⁾.

Comentaré algunos ejemplos de los que no conocemos a partir de los proyectos de investigación realizados. Los aspectos que se abordaran serán los siguientes. 1) Sobre el papel de la AP, su importancia y sus características fundamentales, 2) Políticas de gestión en la Atención primaria.

1) Sobre el papel de la atención primaria, su importancia y sus características fundamentales:

¿Qué conocemos sobre el perfil de los médicos de atención primaria y el manejo de enfermedades crónicas en cuanto a eficacia y eficiencia de resultados en salud? ¿Cuáles son los mejores indicadores para monitorizar el manejo de los crónicos? ¿Qué mecanismos interactúan en la comorbilidad?, ¿Cuáles son las implicaciones de la comorbilidad en la calidad de prestación de los servicios? ¿Cómo podemos medir los resultados en salud y enfermedad en los pacientes con comorbilidad? ¿Cuáles son los factores predictivos de progresión de la enfermedad, y mortalidad en pacientes con comorbilidad?

2) Políticas de gestión en la APS:

2.1 Reforma de la atención primaria en España:

Existen múltiples estudios, sobre la reforma de la atención primaria en España, son estudios pequeños locales, parciales y con baja evidencia debido a la metodología utilizada. Las evaluaciones no se publican normalmente en revistas científicas y por tanto sus resultados son, a menudo, son difíciles de conocer. Para el futuro es importante diseñar metodologías de evaluación más globales y participativas ⁽⁹⁻¹²⁾.

2.2. Evaluación de políticas de gestión con Benchmarking:

En la gestión, los diseños experimentales son difíciles por ello, las experiencias de benchmarking pueden ser una buena estrategia de mejora de la calidad, se han introducido cambios que no han sido suficientemente evaluados como los incentivos económicos sus efectos sobre la práctica asistencial y la calidad de vida de los profesionales, constituyen una oportunidad para aprender y un área de investigación, que incluya la evaluación de los resultados y no únicamente el proceso, que introduzca elementos de evaluación individual (no únicamente de los servicios) y que no se restrinja la evaluación a los profesionales sanitarios. Los diseños con análisis multinivel pueden ser de gran utilidad y evitan la

falacia ecológica. Además, deben evaluarse de forma conjunta y horizontal los resultados de los diferentes ámbitos y actuaciones. También, es preciso, incrementar la participación de los profesionales en todas las fases de la evaluación. .y diversificar las metodologías de evaluación, priorizando la evaluación cualitativa ⁽¹³⁻²⁰⁾.

2.3. Optimización de recursos:

En este apartado se incluyen aquellos que hacen referencia a la superespecialización en AP, la sistemas de relación entre atención primaria y especialistas, la introducción de tecnologías de ayuda al diagnóstico, la reorganización de tareas entre profesionales sanitarios, la promoción de la autocura y autocontrol de la enfermedad ⁽²¹⁻²²⁾.

2.4. Financiación de la Atención primaria:

Los estudios sobre los sistemas de financiación de atención primaria son muchos, sin embargo se han realizado pocos estudios que demuestren la relación entre los recursos de dedicados a la atención primaria y lo resultados en salud, menos aún son los trabajos realizados que demuestren un cambios en los resultados de salud en función de la modificación del sistema retributivo ^(1, 23).

2.5 Expectativas y valores de los pacientes:

Desde la perspectiva de los pacientes el valor de la atención recibida se mide no únicamente por el resultado obtenido, sino también por la forma en que se ha realizado la atención. El valor que un paciente asigna a un servicio puede disminuir si ha tenido que esperar mucho tiempo para la consulta, si ha sido tratado de forma ruda o impersonal, si no ha recibido la cantidad y calidad de la información deseada. En esta línea son necesarios estudios que impliquen a los pacientes y evalúen estas intervenciones ⁽²⁴⁻²⁶⁾.

2.6 Calidad de los sistemas de información:

La progresiva informatización de la historia clínica en APS produce bases de datos con un potencial enorme para la investigación: evaluación interna de un proveedor, creación de redes de médicos informatizados con distintos fines, creación de registros basados en las historias clínicas informatizadas. Sin embargo, aún existen una serie de dificultades para avanzar: diversidad de sistemas informáticos con estándares distintos y estructuras distintas, sistemas de codificación distintos, exhaustividad de la información registrada. ⁽²⁷⁻²⁹⁾.

2.7 El beneficio de los servicios y la prevención del daño:

Las evidencias sobre los daños de una intervención son menos abundantes que las evidencias sobre los beneficios. Existe una relación imperfecta entre los servicios proporcionados y los beneficios obtenidos. El uso indebido produce un despilfarro económico y daños a la salud. Los valores asignados a los servicios pueden ser variables entre los profesionales, los pacientes y los gestores. En los estudio de intervención, la seguridad es un aspecto tan relevante como la eficacia. Se deben prever, especificar y cuantificar los posibles daños ⁽²⁴⁾.

Como conclusión, el futuro de la investigación en AP es muy amplio pero necesita movilizar la producción de conocimientos impulsando cambios de la política al respecto que activen la imaginación, la inteligencia y el ingenio de las organizaciones. Los conocimientos prácticos que se necesitan para llevar a cabo esas revisiones de política ya existen Sin embargo, es necesario pasar de la actual situación de voluntarismo a una situación más profesional y organizada de la investigación. Es imprescindible un mayor soporte político y económico, si se apuesta por la investigación en este ámbito asistencial.

Bibliografía

¹ Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. World Health Report. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2008. [acceso 10 de abril de 2009]

Disponible en: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

² Moses III H, Dorsey ER, Matheson DH, Their SO. Financial anatomy of biomedical research. JAMA. 2005; 294:1333-1342.

³ De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. The Lancet. 2003; 362(9392):1314-1319.

⁴ Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL, Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med; 2007;20:518-526.

⁵ Is primary-care research a lost cause? [Editorial] Lancet. 2003; 361(9362):977.

⁶ PHC RIS Research team. Libby Kalucy, Eleanor Jackson Bowers, Ellen McIntyre, Ann-Louise Hordacre, Richard Reed. Exploring the impact of primary health care research. [acceso 12 de abril de 2009]

Disponible en: <http://www.phcris.org.au/elib/browse.php?search=id:8108> ,

⁷ Violán C, Bolívar B. La investigación biomédica. Papel de la atención primaria. [Editorial] Med Clin (Barc). 2006;126(16):614-615.

⁸ Fernández Fernández I, Bolívar B, Grandes G, Lloberas J, Fernández C, Martín Zurro A. Investigación cooperativa y medicina de familia. Aten Primaria. 2003 Nov 30;32(9):505-8.

⁹ Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344:2021-5.

¹⁰ Boerma W. Profiles of General Practice in Europe. Utrecht: NIVEL; 2003

¹¹ Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and cost. *Fam Pract.* 2006; 83:457-502.

¹² Flores G, Carrillo P, Violán C. Efectividad de las intervenciones para reducir la presión asistencial de las urgencias hospitalarias. Revisión Bibliográfica. IDIAP J Gol (pendiente de publicación)

¹³ Nebot M, Plaza A, Pérez J, Grifell E, Egea L. Identificación y registro de factores de riesgo en centros reformados y no reformados de atención primaria *Aten Primaria.* 1995;16(1):19-26.

¹⁴ López M, González F, Cassini L, Espejo A, Solís JM, Gómez B. Derivaciones desde atención primaria a neumología: influencia del modelo asistencial y especialización *Aten Primaria.* 1994;14(7):881-6.

¹⁵ Torralba Guirao M, Monteserin Nadal R, González Ares JA, Morera Castell R, Calero García MI, Serrasolsas Doménech RM, Mota Vidal CL, Pujol Ribo C. Factores condicionantes de la calidad de la prescripción, medida en valor intrínseco y grado potencial de uso. *Aten Primaria.* 1994;14(9):1069-72.

¹⁶ Martínez M, Picó JA, Frau MJ, Orozco D, Amazarray R, Fernández A, Moreno J. Satisfacción del usuario en atención primaria: comparación entre distintos modelos asistenciales. *Aten Primaria.* 1991;8:286-292.

¹⁷ Villalbi JR, Guarga A, Pasarín MI, Borrell C, Ferran M y Cirera E. Evaluación del Impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria.* 1999;24:468-474.

¹⁸ Plaza Tesías A, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J, Zara Yanhi C. Consenso sobre un proceso de benchmarking en la atención primaria de salud de Barcelona. *Aten Primaria* 2005;35(3):130-9.

¹⁹ Plaza Tesías A, Zara Yahni C, Guarga Rojas A, Farrés Quesada J. Resultado de la aplicación del benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Aten Primaria*. 2005;35(3):122-7.

²⁰ Gené-Badía J. Basta de “clicar” casillas. *Aten Primaria*. 2007;39(4):169-70

²¹ Gérvas J, Starfield B, Violán C, Minué S. General Practitioner with special interests: unanswered questions. *Br J Gen Pract*. 2007;57;912-7.

22. falta una cita de un llibre gervas

²³ Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cencienta del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39(3):127-32.

²⁴ Muir-Gray JA. *How to get better value health care*. Oxford: *Offox Press*, 2007:

²⁵ Palacio Lapuente F, Marquet Palomer R, Oliver Esteve A, Castro Guardiola P, Bel Reverter M, Piñol Moreso JL. Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*. 2003; 31(5):307-314.

²⁶ Andén A, Andersson SO, Rudebeck CE. Satisfaction is not all – patients' perceptions of outcome of general practice consultations, a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2005;6:43.

Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/6/43>

²⁷ Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Tomás R. Performance of an ambulatory casemix measurement system in primary care in Spain. *European Journal of Public Health*. 1999;9:27-35.

²⁸ Bolívar B, Juncosa S, Martínez C, Pareja C, Pasarin MI, Pujol E, Rosell M. Taxes d'incidència i prevalença a l'Atenció Primària: mètodes per a la seva obtenció. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina 2002.

²⁹ Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras T. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. Aten Primaria. 2002; 30(4):229-235.