

**JORNADA TÉCNICA SOBRE
“LA INVESTIGACIÓN NECESARIA PARA DAR SOPORTE A UNA MEJOR
CLÍNICA, GESTIÓN Y REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA”**

Cuatro años de Seminarios de Innovación en Atención Primaria (SIAP): síntesis de ideas sobre las posibilidades de aplicación

*Juan Gérvas, coordinador de los SIAP jgervasc@meditex.es
www.equipocesca.org*

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria (SIAP) nacieron con el objetivo de dar a conocer éxitos y fracasos en nuevas formas de organizar y prestar servicios en Atención Primaria. Han cumplido con ese objetivo en los campos definidos cada año:

- 2005 Coordinación entre Atención Primaria y Especializada
- 2006 Capacidad de respuesta clínica de la Atención Primaria
- 2007 La organización de los servicios en Atención Primaria
- 2008 La prevención clínica: expectativas y realidades
- 2009 La decisión diagnóstica en la consulta médica de Primaria

Además, cada año los SIAP han permitido ir acercando los conocimientos en innovación a los jóvenes como forma de “pasar la antorcha” y, simultáneamente, de abreviar tiempos para su introducción entre pares con trayectorias clínicas, docentes, gerenciales y de investigación bien conocidas. Se han analizado estos y otros aspectos en textos sometidos a revisión para posible publicación (1,2).

Sin quererlo, en los SIAP han surgido ideas de investigación, cuestiones y preguntas que vale la pena responder. Desde luego, la clásica acerca del “¿por qué la innovación aquí y ahora?”, y también la de “¿cómo transmitir a otros la importancia y acierto/error de esta solución?”. Pero además, hay una necesidad compartida en todos los SIAP y por todos los participantes de transformar en acciones el conocimiento generado. ¿Cómo lograrlo?

En esta Jornada, en mesas anteriores, se han hecho propuestas concretas, útiles también para los SIAP.

Pero de la revisión de los textos de los ponentes, de las publicaciones y de los debates de los SIAP, cabe hacer un listado de cuestiones que facilitarían la aplicación práctica de lo que ya sabemos a través de los mismos. Entre ellas destacan:

Fomento del aspecto de la validez externa en toda investigación/innovación

La validez interna se refiere al grado en que algo es cierto. Es decir, la validez interna da idea de la fuerza con que una investigación/innovación refleja algo verdadero. Sin validez interna no hay estudio que tenga el menor interés. Pero la validez interna no es criterio que se refiera al grado en que esa experiencia concreta pueda ser útil o aplicarse en otros entornos. Es decir, la validez interna no da idea del grado en que algo es extrapolable, factible en otros ambientes y situaciones. De ello nos habla la validez externa. Pues bien, en la mayoría de los estudios los esfuerzos se centran en lograr una máxima validez interna, con cierto desprecio a la validez externa. Por ejemplo, para lograr validez externa la investigación/innovación debe dejar claras las cuestiones en torno a la elección de la muestra de pacientes, profesionales e instituciones de forma que se identifiquen sesgos y circunstancias que favorecen/invalidan la extrapolación. También, por ejemplo, conviene tener claros todos los aspectos que convierten en excepcional tal investigación/innovación, o por el contrario, para que sea una experiencia fácil de imitar.

Si pretendemos favorecer la difusión y adopción de la investigación/innovación tenemos que hacer un esfuerzo para mejorar el control de las amenazas a la validez externa. Además, conviene incluir un apartado específico acerca de cómo mejor lograr la copia de lo propuesto/experimentado/innovado. Es decir, redactar un apartado concreto sobre “¿cómo trasladar esta experiencia a distintos ambientes/organizaciones?”.

Priorización de las acciones propuestas

Quien trabaja en una cuestión tiende a considerarla clave y fundamental, bien se trate de clínica o gestión, bien de formación o investigación, o cualquier otro campo. Sin embargo, el tiempo clínico es por definición limitado y conviene centrarse en lo importante. Además, al priorizar se hacen comparaciones y se descubre que mucho de lo que se propone es de escaso valor, y más puesto en comparación con alternativas. El asunto está claro respecto a las propuestas de actividades preventivas en el curso de la entrevista clínica, pero este ejemplo sirve para cualquier otra iniciativa. Así, al introducir incentivos sobre mejoras en la calidad de la prescripción farmacológica convendría priorizar acerca de lo que tenga mayor impacto en la salud de la población, para centrarse en lo importante. No es lo mismo un incentivo que pretenda retrasar tres muertes por 100.000 habitantes y año (uso de hipolipemiantes

en prevención primaria) que otro capaz de retrasar trescientas (introducción de IECA en pacientes con insuficiencia cardiaca). Cuando se presentan los resultados de investigación/innovación, conviene establecer un listado que facilite su comparación con actividades similares de forma que se pueda valorar su impacto mediante resultados comparables. Así tanto el clínico como el gestor y el político podrán tener razones para seleccionar lo nuevo, relevante y con impacto en la salud de la población. No cabe proponer nuevas acciones/modificaciones/innovaciones sin ponerlas en comparación con las que ya se llevan a cabo de rutina, o de las que se podrían considerar alternativas. Así se facilita la elección racional y el impulso para la adopción del cambio.

Consideración de efectos adversos, inconvenientes y costes (no sólo monetarios)

Por definición hay que pensar que no existen soluciones simples a problemas complejos. También es básico pensar que no hay intervención sanitaria que carezca de efectos secundarios indeseables. Por estas dos razones conviene ser cauto cuando se propagan los resultados de una investigación/innovación. Nada es tan beneficioso como parece, y los efectos adversos pueden ser más o menos inesperados, y más o menos graves. Así, sirva de ejemplo la paradoja de Braess, con consecuencias terribles al intentar establecer "vías rápidas" de derivación para pacientes con sospecha de cáncer, que *de facto* llevan al retraso en el diagnóstico y en el tratamiento. También sirven de ejemplo muchas pautas preventivas, bien intencionadas, pero con efectos adversos que superan sus inconvenientes; por ello es importante poner límites a la prevención. Por otra parte, los costes se ignoran muchas veces, o se refieren a los puramente monetarios. Raramente se tiene en cuenta, por ejemplo, el coste (tiempo y dinero) de la participación del paciente y de su familia. Así, en programas verticales del tipo del manejo de casos y enfermedades donde la innovación se tiende a ver desde el punto de vista de la organización con ignorancia del punto de vista de los profesionales y de los propios pacientes y familiares. Por todo ello, al presentar los resultados de la investigación/innovación debería incluirse un apartado concreto sobre efectos adversos, inconvenientes y costes varios. Y este apartado debería ser comparativo, tanto con lo que se hace en la práctica del día a día como con las alternativas a lo que se analiza/propone. El objetivo es que políticos, gestores, clínicos y pacientes tengan idea clara de los beneficios y perjuicios que

conllevar aceptar una propuesta. Con ello se facilita la elección racional y la difusión de la innovación de impacto.

Valoración de la cooperación entre niveles, sectores y organizaciones

Cuando se trata de llevar a la práctica las propuestas que surgen de la investigación/innovación es fundamental ver en su conjunto la organización sanitaria, y considerar todos los aspectos que influyen en la salud. Por ejemplo, muchas propuestas de acciones en la práctica clínica tendrían mayor eficacia si se llevaran a cabo en colaboración, como actividades comunitarias y/o de salud pública. Así, el trabajo en torno al sedentarismo y la obesidad tiene poco éxito desde la clínica sola y cabría pensar que la alternativa lógica son acciones intersectoriales. Las propuestas de introducción de los resultados de la investigación/innovación en salud no deberían limitarse al estrecho campo clínico (ni médico *sensu stricto*). Al proponer introducir cambios como consecuencia de investigación/innovación convendría un apartado referido a las ventajas e inconvenientes de la cooperación entre niveles, sectores y organizaciones. En este apartado generalmente no cabría otra cosa que reflejar nuestra ignorancia, pues sabemos poco al respecto, pero al menos sería un ejercicio de humildad. De otra manera puede parecer que el sector sanitario, el de Atención Primaria y los médicos en concreto son capaces de afrontar todos los retos por sí mismos. Al considerar las posibilidades de cooperación se abre el sector a otra forma de pensamiento, y muchas veces se gana en efectividad. Nadie es capaz de todo, y conviene ser conscientes de las posibilidades que da la cooperación en la práctica, pues ello favorece la adopción de la innovación.

Adscribir la propuesta a un contexto definido, desde reforma pro-contenido o pro-coordinación hasta lo concreto diario

Los resultados de la investigación/innovación no se aplican en el vacío, sino en contextos concretos. Así, por ejemplo, una modificación en la forma de organización de los centros de salud, como la introducción de mayor autonomía para el coordinador/jefe/director debería definirse de forma que se pudiera valorar en el contexto de su impacto en la mejora del contenido de la práctica clínica o de la coordinación de la atención. Todo cambio puede atribuirse a una urdimbre, que conviene hacer visible para facilitar su adopción. Si se trata de algo que mejore la capacidad de resolución se incluye en el apartado de pro-contenido; si mejora la coordinación con otros niveles/sectores se incluye en el apartado

correspondiente. En otro ejemplo, si se trata de revisar el tratamiento y capacitar al paciente y a la familia de los casos de insuficiencia cardiaca recluidos a domicilio, conviene que el análisis y propuesta de adopción de la investigación/innovación se haga teniendo en cuenta el contexto local de las visitas a domicilio, de tiempos y profesionales implicados y de rutinas establecidas al respecto. Lo contrario es hacer recomendaciones vanas en cuanto no tendrán eco por inadaptación al contexto. Es un poco llevar a la práctica el apartado referente a la validez externa, pero desde el punto de vista del lugar en que se va a aplicar, no desde el punto de vista de donde se realizó la investigación/innovación. Cada profesional, lugar, centro y organización tiene sus rutinas, y conviene tenerlas en cuenta para poner en contexto las propuestas. Es decir, se trata de valorar las características propias que cuadran /descuadran con la adopción de la innovación.

Fomento del orgullo profesional

A todos los implicados en la atención clínica les interesa que los profesionales se sientan orgullosos de su trabajo diario. Desde los políticos a los pacientes, pasando por los gerentes y los propios profesionales, a todos les beneficia una práctica clínica de calidad realizada por personal con sano orgullo de la labor realizada. Se trata de fomentar el profesionalismo, de dar prestigio al médico y al profesional de a pie. Por ello en las propuestas que surgen del análisis de la investigación/innovación convendría hacer énfasis en aspectos referentes al prestigio de los profesionales. Por ejemplo, al trasladar conocimiento sobre la mejor forma de atender al paciente diabético (en concreto, innovación sobre el seguimiento de la retinopatía diabética en Atención Primaria) vale la pena dar énfasis al mayor poder de resolución del médico general/de familia, además de valorar la validez externa de la investigación/experiencia a imitar, de priorizar la intervención, de considerar sus efectos adversos, inconvenientes y costes, de promover la cooperación entre profesionales y niveles y de examinar el contexto local. Se trata de que los médicos superen “la fascinación tecnológica”, pues no se pretende aplicar la técnica en sí, sino evitar cegueras prevenibles y facilitar el acceso a la misma a los pacientes que más lo precisan (se trata de revertir la “ley de cuidados inversos”, entre otras cosas). Lo importante no es que los médicos hagan lo que deben, sino que lo hagan cuando y a quien deben de forma que sus acciones se transformen en beneficio para el paciente y para la sociedad. Es decir, hay que trasladar conocimiento anexo al sano orgullo profesional que vaya mucho más allá del “hacer cosas” para lograr

transformar la realidad en torno a los problemas de salud. De esta forma se facilita la adopción de la innovación.

Conclusión

Los SIAP han facilitado la difusión de experiencias de innovación y de nuevas ideas. Pero no es fácil lograr eco más allá del que se logra entre los participantes de los SIAP y con las publicaciones científicas. Para lograr impacto en la práctica sanitaria hay que difundir innovación e investigación con determinadas condiciones, algunas de las cuales se resumen en dar énfasis a la validez externa, priorizar las propuestas, considerar los efectos adversos, inconvenientes y costes, buscar la cooperación entre niveles, sectores y organizaciones, poner en contexto las propuestas y fomentar el sano orgullo profesional. No es fácil, pero tampoco imposible.

Referencias

1. Minué S, Gérvas J, Violán C, Primary Care Innovation Seminars 2005-8. Primary Care Innovation Seminars: an experience in dissemination of knowledge on networks.
2. Villanueva T, Gérvas J, Minué S. Os ventos favoráveis que sopran de Espanha e a experiência dos Seminários de Inovação em Cuidados de Saúde Primários (SICSP).