

INVESTIGACIÓN PARA UNA MEJOR

CLÍNICA, GESTIÓN Y REFORMA



AP en
ESPAÑA

JORNADA: INVESTIGACIÓN PARA UNA MEJOR CLÍNICA, GESTIÓN Y REFORMA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

AUTORES Y PARTICIPANTES

Francisco Buitrago

Médico. Centro de Salud La Paz. Badajoz

Rafael Cofiño

Jefe de Servicio de Salud Poblacional.

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias

Luis Miguel García Olmos

Coordinador de Docencia e Investigación.

Gerencia de Atención Primaria del Área 2, Madrid

Juan Gérvas

Médico General de Canencia de la Sierra. Madrid. Equipo CESCA

Alicia Gutiérrez Misis

Médico Residente 4. Área Sanitaria 4. Madrid

Esther Limón

Directora. Centro ABS Sant Miquel, Granollers Sud. Barcelona

Sergio Minué

Director General de Práctica Asistencial.

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). Granada

Pilar Rodríguez Ledo

Médico. Centro de Salud de Fingoi. Lugo.

Responsable Grupo Metodología y Apoyo a la Investigación de SEMG (MAI)

Concepción Violán

Gerente. Instituto de Investigación en AP (IDIAP).

Fundación Jordi Gol. Barcelona

INTRODUCCIÓN

El hombre es curioso por naturaleza. Esa curiosidad innata es característica básica que cuenta como ninguna otra en la evolución de la especie. Ser curioso es sorprenderse por el entorno, es esperar sorpresas y cambios, es buscar cosas interesantes que no imaginamos con antelación. Por supuesto, la curiosidad humana es productiva porque se acompaña de un esquema mental capaz de interpretar la sorpresa o lo nuevo en un contexto previo. Es decir, la curiosidad no es una mera actividad sin sentido que muera en sí mismo, que se agote en el placer intelectual que produce. Por supuesto, hay mucho de placer intelectual, pero porque la curiosidad permite explorar nuevos caminos, a veces impensables previamente. La sorpresa viene al encontrar cosas inesperadas, eventos no previstos, que no cuadran con lo habitual, ni con lo sabido, ni con la rutina. La sorpresa obliga a re-interpretar la realidad con el esquema previo, o sencillamente, lleva a demostrar que el esquema previo estaba equivocado, que era imperfecto o insuficiente.

Investigar es dar consistencia a la curiosidad pues es hacerse preguntas, contestarlas y emplear las respuestas para perfeccionar las preguntas siguientes y para hacer predicciones. Naturalmente, no cabe hacerse preguntas sin curiosidad. Es imposible sorprenderse si la realidad se acepta tal cual, como rutina inmodificable que no tiene el menor interés. De ahí la necesidad de mantener una actitud expectante, una curiosidad bien fundada, incluso en los ambientes más opresivos y "planos". En realidad, no hay actividad humana ni de la Naturaleza que no dé pie a la incertidumbre. En corto y por derecho, no hay realmente rutinas en el devenir ni humano ni social ni del Universo. Incluso la estabilidad de la rotación de los planetas alrededor del Sol es inestable y azarosa, impredecible y engañosa en su rutina de día-noche, invierno-primavera-verano-otoño en la Tierra. La rutina está sólo en el cerebro de los humanos que han perdido la curiosidad, que en cierta forma están muertos en vida.

El médico general/de familia, como la sociedad en la que vive, tiende a asociar investigación a la producción de los grandes centros científicos, estilo de los que componen en España el Consejo Superior de Investigaciones

Científicas. Aunque pueda verse como raro o infrecuente, se admite la investigación en los hospitales universitarios, investigación de altura al menos en sus laboratorios, llenos de cachivaches, redomas, reactivos y animales para experimentación. Lo que resulta increíble para el propio médico de cabecera y para la sociedad es que haya investigación, materia y necesidad de investigar en Atención Primaria, en las muy humildes consultas de los centros de salud, de los consultorios urbanos o de los despachos de médicos privados.

El médico general/de familia debería mantener su curiosidad, pero necesita el convencimiento de que ello es esencial para sí mismo, para sus pacientes y para su población. El convencimiento llega por el análisis de la práctica clínica. Siendo caritativos se puede afirmar que en general la actividad clínica es "manifiestamente mejorable". En otras palabras, que hay una brecha que parece un abismo entre lo que hacemos los médicos, en primaria y en hospitalaria, y lo que podríamos hacer. No se trata de investigar para inventar algo nuevo (que también) sino investigar para introducir lo que ya sabemos que mejora la salud de los pacientes, para llevar el conocimiento establecido a la práctica clínica. Son dos tareas, pues, bien distintas. La primera y principal, trasladar ciencia a la cabecera del paciente, a la consulta del médico. Es la tarea más urgente, dada la aparente sencillez para lograrlo. La segunda tarea es crear conocimiento, generar ideas y razonamientos que faciliten y mejoren la práctica clínica. Ambas tareas se imbrican necesariamente. Ambas necesitan curiosidad, capacidad de sorpresa, interés por el medio ambiente en que trabajamos.

Son, pues, dos los enemigos de la investigación: 1/ la sensación de que eso nos es ajeno y 2/ la falta de curiosidad, la creencia de vivir y/o trabajar en medio de la rutina, en medio de lo predecible y falto de interés. Los "muertos" no investigan, obviamente. Ni pueden disfrutar del placer intelectual de buscar mejores respuestas para mejorar las preguntas y para hacer predicciones. Necesitamos médicos "vivos" que en Atención Primaria crean que se puede investigar y que es una exigencia ética el hacerlo. Por supuesto, no todo médico clínico debería investigar, pero sí se debería crear el caldo de cultivo que hiciera posible que investigara todo el que sintiera esa curiosidad que lleva a dar un paso más y nos lleva a pasar de la pura especulación al rigor

de las preguntas y análisis de la investigación. Para ello se necesita crear un "clima" sanitario, y contar con ayudas, no sólo financieras.

De todo ello se habló en la Jornada sobre "Investigación para una mejor clínica, gestión y reforma", que examinó desde lo hecho ya en España, a lo por hacer, con énfasis en el trabajo desarrollado en los Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Organizó la jornada la Fundación Ciencias de la Salud con la colaboración del Instituto de Investigación en atención primaria del DIAP (Fundación Jordi Gol).

En Buitrago de Lozoya, a 29 de noviembre de 2009

Juan Gérvas,
médico general,
coordinador de la Jornada

Mesa01

La investigación previa y relevante en España

▶▶ Ponente y moderador

Luis Miguel García Olmos

▶▶ Ponentes

Sergio Minué Lorenzo

Francisco Buitrago Ramírez

▶▶ Turno de preguntas



Mesa01

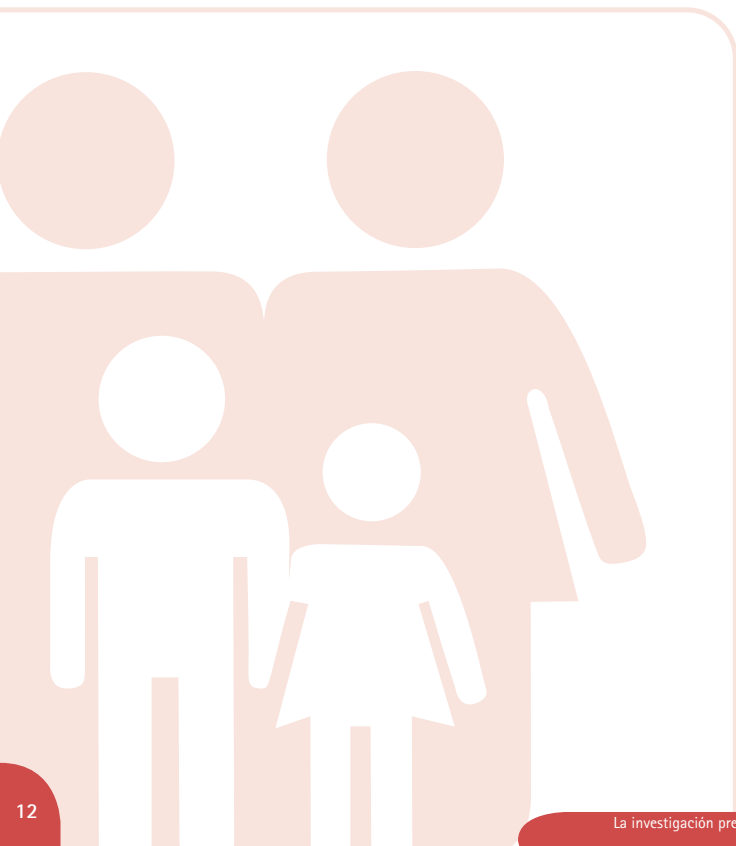
Juan Gérvas, **coordinador de la Jornada:**

Buenos días. Esta Jornada nos permitirá repasar la investigación en atención primaria en España. Tendemos a ignorar lo que hemos hecho en nuestro país –citaré en mi presentación después un ejemplo claro con la vacuna anti-tetánica–, a mirar con desprecio de lo mucho que se ha hecho ya en atención primaria, pero yo creo que hay que decirlo: como se verá en la primera mesa, hay grupos de investigación que han producido mucho a lo largo de años. La segunda mesa tratará fundamentalmente de cuál puede ser el futuro, sobre todo en campos no explorados todavía España; y la tercera se centrará en lo que se ha hecho en los seminarios de innovación en atención primaria –que organiza la Fundación de Ciencias de la Salud junto con la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial– que ya cumplen cinco años.

La reunión, la jornada, tiene dos soportes básicos: uno es la Fundación Ciencias de la Salud, madrileña y otro es la Fundación Jordi Gol (el Instituto de Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria), barcelonesa. Es un orgullo que dos instituciones, podíamos decir de comunidades autónomas antagónicas, hasta cierto punto por cuestiones políticas ajenas a cualquier cosa científica, logren colaborar en cosas prácticas, como es lo lógico y lo prudente y que debería suceder en cualquier otro campo de la sanidad, aunque lamentablemente en algunos no sucede así. Para finalizar, es un orgullo estar aquí, que es la Residencia de Estudiantes. Residencia de Estudiantes que yo he conocido destruida, casi con cascotes, por abandono después de la

Guerra Civil Española del 36-39, y que resurgió con la democracia. Representa el espíritu de la Institución Libre de Enseñanza, una institución que buscó la promoción de la cultura y el desarrollo científico de España como respuesta a la pérdida de las colonias y a la depresión económica y política de principios del siglo XX por consecuencia de las pérdidas a finales del siglo XIX.

Tiene la palabra Luis Miguel García Olmos.



Ponencia

Luis García Olmos

Coordinador de Docencia e Investigación.

Gerencia de Atención Primaria del Área 2, Madrid

Buenos días. En primer lugar quiero agradecer a la Fundación Ciencias de la Salud y a Juan (Gérvás) el que nos haya dado la oportunidad de estar de nuevo aquí esta mañana. Yo creo que ya casi somos un grupo de amigos después de los años que llevamos con los seminarios de innovación y es agradable volver a vernos. El tema que nos toca desarrollar en esta mesa es la investigación que se ha hecho hasta ahora en España y qué impacto ha tenido. El impacto ha sido a dos niveles: en la política y en la gestión –digamos promoviendo políticas de práctica clínica y en la consulta–. Para ello contamos con Sergio Minué y Francisco Buitrago.

En la exposición que voy a hacer he intentado basarme en datos de tres fuentes. Por un lado, de la investigación que ha contado con financiación pública en España, fundamentalmente a través del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS). Presentaré algunos datos más recientes, de 2005 a 2008, porque creo que lo anterior figura en el mapa bibliométrico del FIS y más o menos se ha comentado en distintas publicaciones que se han hecho al respecto en los últimos años. Pedí también datos a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios sobre ensayos clínicos, pero la verdad es que no me los ha proporcionado, así que esa parte la supliré con datos de la comunidad de Madrid. Y luego haré algunos comentarios a propósito de las publicaciones, sobre una revisión que hice de lo que se había publicado en la revista *Atención Primaria* en los dos últimos años. Terminaré comentando cómo eso se articula en las políticas y en la práctica clínica.

Claramente, la investigación en España, en atención primaria, tiene dos etapas. La primera, hasta los años 80; no se hizo la investigación, ésta no provenía de profesionales que trabajaban en atención primaria. Era gente que trabajaba en otros sectores y que tenía otros intereses y la producción

fue muy escasa. La segunda etapa, a partir de los 80, coincide con tres hechos importantes: la creación de las unidades docentes de medicina de familia, la aparición de la revista *Atención Primaria* y el inicio de la reforma de la atención primaria. Por este orden, empieza a producirse un incremento de la actividad investigadora que tenía su origen en las propias unidades docentes, en el propio nivel de atención primaria y que se hacía por los médicos de familia que empezaban a trabajar en las unidades docentes. Si vemos cómo ha ido la investigación en estos años, digamos que hasta mediados de los años 90, hay un incremento prácticamente exponencial de la investigación y eso se refleja en los proyectos financiados por el FIS, se refleja en las publicaciones y se refleja en las comunicaciones a los congresos. De 2005 a 2008, la investigación en atención primaria desciende. En 2005, hubo 122 proyectos; en 2008 se quedaron reducidos a, me parece que eran, veintitantos. En 2006/2007 se mantienen más o menos estabilizados, alrededor de 50 pero después ha habido un claro descenso en los proyectos financiados para atención primaria y desde el punto de vista del presupuesto, la reducción ha sido todavía más importante. Si en 2005 la dotación presupuestaria para proyectos de primaria era de 4.000.000 euros, en 2008 fue de 800.000 euros, es decir, ha habido una reducción año a año importante. Claro, en este periodo es cuando empiezan a salir las convocatorias de evaluación de tecnologías sanitarias y aquí vemos una situación un poco inversa. Cada vez más proyectos de más investigadores de primaria piden ayudas de investigación para evaluación de tecnologías y han ido subiendo año a año. Más o menos se mantienen en una situación estable en cuanto a número de proyectos y en cuanto a dotación presupuestaria. Esta convocatoria tiene menos tradición y tendremos que ver qué pasa, pero probablemente si esto sigue así, lo que se está produciendo es una mayor atracción por la evaluación de tecnologías sanitarias que yo creo que tiene su explicación con los temas que se han desarrollado históricamente en investigación en atención primaria.

Cuando el FIS publicó su mapa bibliométrico, aproximadamente la mitad de las ayudas que daba a proyectos de investigación con investigadores de primaria era para proyectos encuadrados en el área de investigación de servicios. Yo creo que tiene lógica. Todo el proceso de investigación en primaria nace

coincidiendo con la reforma, con la creación de un nuevo modelo, y eso atraía mucho a los investigadores, lo que se ha mantenido y se arrastra hasta ahora. Entonces, por esa tradición de más investigación en servicios, probablemente las convocatorias de evaluación de tecnologías están más cercanas.

¿Qué pasa con los ensayos clínicos? decía que la Agencia Española del Medicamento no me proporcionó datos. Así que utilizo datos de la comunidad de Madrid sobre un informe reciente de la Agencia Laín Entralgo. Queda claro que en hospitales obtiene mucho más peso la actividad investigadora a través de ensayos clínicos que de proyectos de investigación. Casi el doble de la actividad investigadora en hospitales es ensayos clínicos. En primaria el número de ensayos clínicos que se hacen es prácticamente nulo. Y eso yo creo que tiene consecuencias evidentes. Finalmente, vivimos en la práctica clínica de los ensayos clínicos que otros nos dan. Frente a 2.400 ensayos clínicos en ese periodo, en ese trienio, había 40 ensayos clínicos menos en atención primaria.

Revisé para 2007–2008, los artículos originales en la revista *Atención Primaria*. Se publicaron 106 artículos y la situación no es muy diferente de la que se había descrito previamente: un tercio de los artículos encajan dentro del área de la investigación de servicios, otro tercio en tres áreas clínicas: salud mental, cardiovasculares y enfermedades endocrino–metabólicas. La tercera sería un mix variopinto de artículos. En el 50% de los estudios que se publican, los investigadores no provienen de la atención primaria, vienen de departamentos de salud pública, de áreas de gestión, en departamentos universitarios, no trabajan específicamente en atención primaria, y la otra mitad sí. Es muy difícil, a través de las publicaciones, tratar de aproximarse a qué es lo que están publicando los investigadores de primaria, los que desarrollan su actividad en primaria en España o a nivel internacional, si no es mirando las revistas, prácticamente los sumarios. Yo creo que sería un motivo de tesis, un motivo de investigación en sí mismo: tratar de identificar, qué ponemos de palabra de búsqueda, de España, el centro donde trabajan... difícilísimo.

Hice un ejercicio mental: hay un investigador de reconocido prestigio internacional, pues vamos a ver qué ha publicado ese investigador. Hay tres

investigadores que yo sé que publican mucho, no sé si los que más, pero es gente que publica mucho y desde hace suficiente tiempo, lógicamente, como para poder mirar qué impacto han tenido sus publicaciones. Así que cogí dos investigadores que han sido líderes de nodos de REDIAP. Entonces, esta es la situación que tenéis en cuanto a número de publicaciones identificadas en ISI. El investigador de proyección internacional, no español, tendría más de 300 publicaciones. Esos tres investigadores, que yo decidí que es gente que lleva publicando muchos años –se licenciaron hace más de 25–30 años y han tenido tiempo suficiente– llegan aproximadamente a la mitad menos que ese investigador internacional.

Más allá de que probablemente en el transcurso de la mañana se critique la forma de medir el impacto de la investigación,... ¿Qué pasa con las citas que reciben los artículos? ¿Qué proporción de artículos recibe 0 citas? ¿Qué proporción de artículos recibe más de 50 citas? El investigador de proyección internacional tiene menos del 30% de sus artículos con 0 citas y tiene un 15% con más de 50 citas. En cuanto a los investigadores españoles, la mayor parte de sus artículos tienen 0 citas y muy poquitos tienen más de 50 citas. Es decir, parece que tenemos poco impacto, no en términos de factor de impacto sino sobre lo que es la investigación internacional, teniendo en cuenta que probablemente los mayores consumidores de la investigación no son los clínicos sino los propios investigadores, para poder hacer su investigación. No parece que haya un gran impacto de la investigación que se hace.

Yo creo que es necesario hacer el comentario de que alrededor del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), como programa asistencial, se ha articulado también mucha de la investigación que se ha hecho en España. De hecho cuando uno revisa los temas, el área de prevención es uno de los que se han desarrollado. Y sobre todo, coincidiendo con la convocatoria para la constitución de redes temáticas de la investigación cooperativa en 2002. En atención primaria se financia una red, REDIAP, que tiene como objetivo difundir y promover investigación y conocimientos relacionados con actividades de promoción y prevención. Es una red que tiene 17 nodos, que se estructura en torno a 7 áreas temáticas y que está desarrollando su actividad y produciendo en este momento artículos que están teniendo

impacto y que se están publicando en revistas internacionales. Después de la convocatoria de redes temáticas ha habido una convocatoria en 2008 para consorcios de apoyo a la investigación biomédica en red, los famosos CAIBER, y hay cuatro CAIBER de primaria: uno en Barcelona, otro en Madrid, otro en el País Vasco y otro en Extremadura. Tendremos que estar expectantes a ver qué es lo que dan de sí, cómo cuaja la actividad de estos centros CAIBER.

No me resistía a comentar también qué pasa con la investigación desde el punto de vista académico, con las tesis. Si uno intenta identificar cuántas tesis hay de investigadores de primaria a través de TESEO, es otra labor mucho más difícil que identificar en las bases de datos internacionales qué investigación hay de primaria. Yo creo que sería una tesis interesante para alguien que quiera hacer el doctorado. Porque TESEO es una base de datos muy simple que te permite identificar tu tesis y poco más. Si conoces a la gente, puedes identificar, si conoces el tema te saca temas, pero no es fácil saber cuántas tesis se han hecho en los últimos años por investigadores de primaria. Si yo tengo que utilizar mi experiencia, a propósito de un caso, desde luego si participo en 6 u 8 tribunales al cabo del año, más de la mitad tienen que ver con temas de medicina y de los departamentos de medicina, porque es el peaje que tenemos que pagar los médicos de familia en este momento por poder presentar la tesis a través de los departamentos de medicina. Entonces, yo creo que sería necesario y fundamental que haya unidades de departamentos –no voy a entrar en ese debate porque no es el lugar– donde la medicina de familia esté presente en la universidad como forma de potenciar la investigación específica, y que trate de responder a preguntas sobre atención primaria.

¿Qué papel juegan las sociedades científicas en todo este proceso? Creo que van un poco entre de comparsa con los proyectos internacionales intentando difundirlos e introduciendo ayudas en forma de becas, de premios... quizá la forma más importante que tienen son los congresos, donde se presentan muchos resultados de investigación, pero en cuanto a cuántas cosas se publicaron de los trabajos que se presentaron a los tres congresos de las tres sociedades científicas en 2001, la cosa es como sigue. De quinientos y pico trabajos, 100 se publicaron al final. Es decir, que acaba teniendo muy poco impacto y lo que se hace y lleva en los congresos no acaba estando a

disposición de los demás. Creo que las sociedades científicas tendrían que asumir un mayor protagonismo en el sentido de crear, lanzar ideas de investigación, liderarlas y promover proyectos propios desde las propias sociedades, como se ha hecho en otros países. ¿Esta visión que da es muy pesimista o...? pues es a la que yo he llegado, pero es que es la que hay en el mundo; en esto no nos diferenciamos de los demás. Los resultados de una revisión que se hizo, en los últimos 20 años se ha duplicado el número de artículos indexados en *Medline*, el número de ensayos clínicos publicados se ha multiplicado por diez. Eso no es una situación que podamos afirmar para España, en donde los ensayos clínicos siguen siendo escasos y la traslación de la investigación a la práctica clínica tiene un retraso de 17 años. Pues si queremos plantearnos qué impacto ha tenido, yo espero que ahora Francisco Buitrago y Sergio Minué nos convenzan de que ha tenido un gran impacto, pero lo esperable. Si además estamos hablando de una historia reciente de 25 años, es que en todo caso sea ahora cuando empiece a tener impacto. Por ejemplo, ahora que se ha puesto de moda recordarnos la necesidad de lavarse las manos; traigo el ejemplo de Oliver Wendell Holmes que, a mediados del XIX, recomendó que antes de atender los partos, la gente que iba a atender el parto se lavara las manos. Y aquello supuso una polémica y una verdadera guerra, le rompían los depósitos de alcohol que ponía a la entrada de los paritorios. Tardó 50 años en introducirse esa recomendación en la práctica diaria y lo triste es que, ahora, 150 años después, las cosas no han avanzado mucho más con toda la tecnología disponible.

Desde que los investigadores terminan su investigación y la envían a publicar transcurre un tiempo variable, depende de lo activos que sean y lo ágiles que sean a la hora de escribir. Desde que envían la publicación hasta que se acepta, pasa un tiempo aproximado de medio año. Desde que se acepta hasta que se publica, otro medio año largo. Desde que se publica hasta que pasa a las bases de datos, otro cuarto de año y desde que pasa a las bases de datos hasta que llega a los libros y las revisiones, seis años, seis años más y su aplicación en la práctica clínica otros 9,3 años más, 17 años. Son datos de la revisión que he citado antes, datos internacionales, no de España. Éste es el marco en el que nos movemos y éstas son las cosas que podemos esperar en cuanto al impacto de la investigación. El modelo de cómo esto funciona, teórico,

más o menos está claro. En la práctica clínica, los profesionales identifican lagunas, brechas y eso les plantea problemas y preguntas de investigación, que investigan ellos u otros. Esas preguntas de investigación, en la medida en que aportan conocimiento nuevo, se incorporan a través de las políticas clínicas, en forma de guías de práctica clínica, o de determinadas tecnologías que se introducen según las recomendaciones de las agencias de evaluación de tecnologías o que se excluyen y eso se acaba introduciendo en la práctica clínica. Pero la verdad es que en la realidad, el modelo es mucho más lineal como os he comentado ya. Primero, ¿quién investiga? Pues investiga: 50% gente que no desarrolla su actividad en atención primaria, con poblaciones que no son de atención primaria y con mucha frecuencia sobre cuestiones que no son las más relevantes para los que están en atención primaria. Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, si al menos miramos lo que pasa con las nuestras, no tienen tanto interés en primaria, y puede que tenga lógica, como tienen interés en otras tecnologías más de uso hospitalario. Las guías de práctica clínica son verdaderos ladrillos que, con mucha frecuencia, los profesionales que están en la consulta no tienen tiempo de leer y donde además las recomendaciones muchas veces no son claras, son ambiguas y desde luego no reproducen o no están orientadas a pacientes como los que vemos en primaria –no tienen en cuenta la comorbilidad o la complejidad de los pacientes y eso hace muy difícil que puedan aplicarse en la práctica clínica.

¿Cómo manejamos la información? Según los datos del estudio de Ana González que publicó hace dos años, con 112 médicos españoles y aproximadamente más de 3.000 pacientes, un 20% de los pacientes generan dudas, pero un setenta y tanto por ciento de los médicos no hacen búsqueda de información en relación con esas dudas que les presentan los pacientes. Cuando se hace la búsqueda, lo que más o menos sabemos: si la búsqueda se hace en el transcurso de la consulta, la mayor parte de las cosas las resuelves con el vademécum, y las otras con el colega de al lado porque no puedes hacer otra cosa. Y cuando tienes que mirar, porque puedes posponerlo, lo haces en tu casa o lo haces ya cuando ha terminado la consulta, y se utilizan los libros sobre todo y en menor medida las revistas. No es un patrón muy diferente al que se había descrito previamente. Y en este contexto, creo

que lo que nos sobran desde luego son ideas. En los pocos correos que se han cambiado antes de hoy, a propósito del trabajo de Rafa o el texto que preparó Pilar, entre los dos yo creo que sugerían 300 ideas de investigación: Pero es que en la primera edición del libro de Barbara Starfield, que está en la segunda edición, ya tenía un capítulo sobre necesidades de investigación donde hacía un listado de 100 o más, que siguen estando vigentes. Yo creo que si algún día hace la cuarta edición o la quinta, seguirá poniendo las mismas cosas porque siguen estando vigentes. Es decir, que yo creo que no hay un problema de falta de ideas de investigación. También queda claro que es difícil que los profesionales que están en la consulta –que estáis, yo no estoy en este momento–, nos manejen con estudios originales. No hay tiempo para abordar, para leerse los artículos originales, para seleccionar aquéllos a los que yo quiero dedicar un poco de tiempo. Hay que avanzar en esta línea de trabajos de síntesis, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica digeribles. Hace 15 años que los médicos, cuando les encuestaban, decían que las guías de práctica clínica tenían que tener dos páginas, así que tenemos que avanzar en ese sentido. Lo que hay en este momento yo creo que es poco práctico. Tenemos que avanzar en la línea de publicaciones de sinopsis, de sumarios y confiar en que facilitando esto además se va a leer más y vamos a estar más en contacto con la investigación. Yo creo que hay que explotar la potencialidad de la historia clínica informatizada. En España la atención primaria está prácticamente informatizada, pero yo creo que se utiliza poco. Pero es que además no hay artículos, no hay trabajos que digan qué es lo que da la historia clínica informatizada y líos hay, en mi experiencia y en la de alguno más que está aquí. Habría que poner encima de la mesa para qué podemos usar una historia clínica informatizada y qué nos tiene que dar para ser apoyo a la investigación. Y desde luego, aparte de soportar, en el sentido de dar soporte, a gente que utiliza la historia clínica informatizada y que le damos los datos, deberíamos utilizarlo nosotros. Deberíamos crear redes de investigación basadas en la práctica clínica y que utilicen bases de datos informatizadas, y que estas redes que tienen como función crear, hacer investigación, responder preguntas y difundir, aplicar esos conocimientos, identifiquen las lagunas, planteen las preguntas. Uno de la red investiga, otro plantea que aquí hay un problema, otro lo aplica y finalmente yo creo que ese proceso de circularidad permitiría potenciar el impacto de la inves-

tigación en atención primaria. Bueno, es lo que ha pasado en medio mundo, donde hay redes desde hace muchísimos años.

No sé si al final tenéis la sensación de que esto es más o menos pesimista de lo que esperabais. Yo creo que tenemos una situación o, al menos es la sensación con la que me he quedado después de revisar el tema, no muy distinta de la que hay en el mundo, en relación con el impacto de la investigación. Es un problema, es muy difícil conseguir llevar los resultados de la investigación a la práctica. Yo estoy participando ahora en las reuniones de la creación del Instituto de Investigación Biomédica de Madrid, donde quien lidera el grupo es un investigador básico, y yo creo que no hay reunión –y duran menos de una hora– en la que no saque diez o veinte veces la palabra investigación trasnacional. Si eso es un problema para gente que se dedica y que son profesionales de esto, es un problema que nos afecta también a los que estamos en primaria.

A continuación, hablará a Sergio Minué. Sergio es médico de familia de formación y dedicación, con una amplia experiencia en la gestión desde hace muchos años y en la actividad académica. En este momento es director de gestión de práctica asistencial en la Escuela Andaluza de Salud Pública y él desarrollará qué se ha publicado y qué impacto ha tenido en política y en gestión.

Muchas gracias. Tiene la palabra Sergio Minué.

Ponencia

Investigación y gestión en atención primaria en España: dos ruedas sin eje de transmisión

Sergio Minué

Director General de Práctica Asistencial. Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)

Buenos días y antes que nada quería agradecer a las dos fundaciones, a la Fundación de Ciencias de la Salud y a IDIAP, la posibilidad de poder estar hoy aquí. Yo siempre que vengo, me parece que son ya 4 o 5 años, a estas reuniones cuento poco y aprendo mucho y desde luego con lo que ha comentado Luis (García Olmos), yo creo que ya mi objetivo está suficientemente garantizado. Cuando me plantearon tanto Juan Gérvas como Luis García Olmos la posibilidad de participar en la mesa, me surgieron muchas dudas, que voy a intentar compartir. Voy a intentar argumentar, en el ámbito de la atención primaria, cómo está ahora mismo la situación entre investigación y gestión, porque creo que son dos ruedas de un coche en que no existe eje de transmisión entre ellas. Jesulín de Ubrique decía eso de que la vida es como un toro; si la atención primaria es como un coche, posiblemente el eje trasero, el de la gestión, es un eje donde las dos ruedas, la parte que tiene que ver con la investigación y la parte que tiene que ver con el ejercicio de la gestión propiamente dicha, no tienen ningún punto de unión o de relación o de intentar justificar por qué es eso, y eso obliga inevitablemente a que el coche de la atención primaria cabecee, es decir, en las curvas se nos va mucho.

En primer lugar, el problema de la investigación sobre servicios de salud es complicado, porque no es fácil demostrar el valor que puede tener la investigación. En una recomendación que hace el Instituto Canadiense de Investigación sobre servicios establece, primero, que los impactos de la investigación sobre servicios muchas veces no son fácilmente de cuantificar. Existe un periodo de tiempo, también lo ha comentado Luis (García Olmos), de decalaje muy importante hasta el momento en que se miden exactamente cuáles son esos beneficios. Además, no sólo es difícil relacionar un impacto concreto con una intervención concreta, sino que actualmente hay una serie de factores

de intervenciones que están injiriendo en todo ello. Pero además de lo difícil que es, es bastante poco predecible ver si eso va a tener impacto o no. En el trabajo de Kalucy, comentado a lo largo del foro previo a la jornada, se pone de manifiesto que no solamente depende de la naturaleza de los hallazgos o de la credibilidad de los investigadores, sino de aspectos muy importantes que tienen que ver un poco con la cuestión del clima y la congruencia, sobre todo, muy importante, con lo que es la dependencia de sendas, es decir, lo que se está haciendo.

El primer problema que tuve a la hora de enfocar el tema fue la cuestión de qué entendemos por gestión. Vicente Ortún hablaba de que en la gestión, ya a finales de los 80, se diferencia entre macro, meso y micro, y que hay múltiples clasificaciones de lo que es gestión, porque al final todos estamos gestionando recursos. Yo me he centrado en el análisis, en aquellos aspectos que tienen más que ver con la interfase que se produce entre profesionales y gestores, esencialmente, intervenciones relacionadas en el ámbito de la mesogestión. He dejado el análisis de la macro para mejores ocasiones y desde luego el de la microgestión o la gestión más ligada a la práctica clínica a lo largo de la mesa y de las mesas que se van a ir sucediendo.

Lo primero, ha comentado Luis (García Olmos) que es muy difícil, acertar con el término de búsqueda, entre otras razones porque los artículos se indexan como a cada uno Dios le dio a entender y ponía en el ejemplo un poco en el papel de cómo estamos indexando todo lo que tiene que ver con la historia clínica. Pero si uno busca en el *PubMed* –y esto es un poco una relación sobre atención primaria y lo que son investigación de servicios de salud, después de consultar también con la bibliotecaria de mi escuela fue el término de referencia que me recomendó–, sale lo obvio, es decir, que fundamentalmente en este terreno investigan los americanos, los ingleses, los canadienses, los australianos y los holandeses, es decir, un poco el ámbito anglosajón en relación con todo ello. Hay una serie de investigadores, ahí están algunos, faltan otros, pero es simplemente una cuestión de listado y con toda la limitación que ello tiene. Y analizando un poco en el mundo cómo están distribuidas las investigaciones sobre todo ello, lógicamente la potencia que tienen americanos y, a mucha distancia, ingleses es significativa, siendo el

tercer foco los holandeses. Las revistas son las que cualquiera podría predecir, aunque hay algunas que yo no pensé que podrían publicar tantos artículos en relación con este tema y *Atención Primaria*, que es la nuestra de referencia, pues está ahí en una situación intermedia.

Uno de los artículos para mí más orientativos de lo que puede ser esto, aunque no coincide exactamente con el motivo de la charla, es el trabajo de tesis que hizo Antonio De Lorenzo un médico de familia que trabaja en el área 2 de Madrid y que publicó con Ángel Otero en la *Revista Española de Salud Pública*, donde hacía una revisión de los estudios en relación con la reforma de la atención primaria en los últimos 20 años, en el periodo 1984–2004. Revisó 684 documentos. Se publicaban en relación con la evaluación de la reforma en 49 revistas, pero lo más significativo del asunto, es que más de la mitad, en sólo una revista, que es *Atención Primaria*. Y además de eso, solo un 12% están publicadas en revistas indexadas en el ISCI y por otra parte, muy pocas, solo el 8,6, en revistas extranjeras. Entonces, se me ocurrió hacer un poco una evolución del trabajo de De Lorenzo que, en cuanto a temas de evaluación en relación con la reforma consideraba que en sus resultados fundamentalmente se había investigado sobre farmacia y aducía la razón de que la farmacia tiene una base de datos y que es posible sacar información sobre ella; segundo, sobre las urgencias a bastante distancia; tercero, sobre satisfacción, curiosamente nos preocupa más la nuestra que la ajena; y por último, lo que tiene que ver dentro de esos seis del *top*, en relación con calidad de atención a pacientes crónicos y la cuestión de la derivación. Entonces, siguiendo un poco eso se me ocurrió hacer un análisis descriptivo. De Lorenzo recomendaba considerar una revisión manual, también en su tesis, de las revistas en que más fácilmente se pueden encontrar artículos relacionados con la evaluación de la reforma. Yo he prescindido de dos de ellas, *Medifarm* y *Cuadernos de gestión*, y me he centrado en cinco: *Medicina Clínica*, *Atención Primaria*, *Gaceta Sanitaria*, *Revista Española de Salud Pública* y *Administración Sanitaria*.

He analizado el periodo 2004–2008 y he buscado intervenciones en gestión con un criterio particular y *sui generis*. El criterio es: excluyo política sanitaria en general, aquella que forma parte de todo el sistema nacional de salud, las intervenciones exclusivamente hospitalarias, la investigación clíni-

ca, las cartas al director y las ponencias en congresos, para centrar el análisis. Me salen unos 260 artículos analizados. Sigue siendo llamativo que más de la mitad de los artículos, el 62%, se publican en *Atención Primaria*. Seguido ya a mucha distancia por *Gaceta Sanitaria*, siempre artículos en relación con gestión. Si lo chequeamos un poco con el *PubMed*, más o menos nos salen los mismos datos: *Atención Primaria* está a mucha distancia, del resto de las revistas españolas. Y me llamó mucho la atención que tenemos tendencia, más que a presentar originales de investigaciones propias, a revisar qué es lo que hacen los demás. Es decir, más de la mitad está repartido entre opiniones sobre un original o sobre artículos de revisión, pero lo que es original propiamente dicho sólo abarca el 50% de los artículos. Todavía me llamó más la atención, en contra de lo que pensaba de que si son artículos de gestión, lo lógico es que lo publicaran los gestores, que un tercio de las publicaciones las hace la gente de en asistencia sanitaria: La gestión parece que preocupa más a la gente que está en asistencia que a los propios gestores. También es llamativo que si juntamos la investigación procedente de Administración –consejerías, ministerio, etcétera–, con la procedente de las entidades proveedoras de servicios, gerencias esencialmente, no llegamos más que a un 25%. Y también es llamativo que los seminarios de investigación representan un 5%, que es un porcentaje exactamente igual al que producen los hospitales, y que la universidad anda alrededor del 14%. El resto de las instituciones académicas no universitarias, entre las cuales está la nuestra (EASP), está el EVES, está la Escuela Nacional de Sanidad, está el IDIAP, etcétera, pues está alrededor del 8%, lo que demuestra lo poco que hacemos. Y luego hay un sesgo curioso en las comunidades autónomas, previsible, también lo comentaba De Lorenzo, que es la cuestión de que prácticamente el 60% se reparten entre dos comunidades autónomas, Madrid y Cataluña, pero especialmente en el caso de Cataluña, estamos hablando de un 40%, es decir, un porcentaje muy significativo de lo que se publica. ¿Eso significa que hay un sesgo porque las revistas que están ubicadas en Barcelona publican más lo de autores catalanes y las de Madrid lo de madrileños? Pues posiblemente sí. Es un factor que influye, o al menos sí que es bastante significativo en varios de estos casos.

¿Sobre qué? ¿Sobre qué temas? Más o menos son parecidos a los de De Lorenzo con algunas variaciones, lo que más me sale es que se investiga sobre

evaluación de servicios, y sobre farmacia y, a continuación, lo que tiene que ver con la interfase entre atención primaria especializada, lo que tiene que ver con la esfera de los profesionales. He utilizado una herramienta, también lo comentó Rafa Cofiño, que descubrimos hace relativamente poco y que desarrolló Feinberg, que es un tipo de estos que se dedica a la web 2.0, que consiste en hacer nubes de letras en función de las palabras fundamentales, quitando adverbios, preposiciones. Esta es un poco la foto que me sale de los temas sobre los que se investiga: evaluación, servicios, farmacia, interfases, profesionales. Pero me llama mucho la atención que estos son innovaciones organizativas de los que todos los servicios regionales de salud presumimos, que se han ido introduciendo, que son la gran esperanza blanca de solucionar nuestro sistema. Desde la cuestión de la historia clínica electrónica, de la cuestión de la gerencia única –gran solución y gran panacea para los problemas de la coordinación– la cuestión que tiene que ver con todo lo relacionado con gestión clínica, mejora de la calidad, acreditación, cuidado, FQM, ISO, y cada uno de ellos tiene un número pírrico de estudios de investigación. Voy a intentar justificar si esto es un factor cultural o no. Y esto es interesante utilizando el *wordle*, que son los autores. Simplemente poniendo en el *wordle* de esos 260 artículos el primer autor, entonces se me puede decir: "claro como me ha invitado Gérvas, aquí he manipulado la información para que salga de esta manera y por supuesto también algún otro autor que está aquí. Pero cuando uno revisa *PubMed*, las cosas más o menos cuadran. También es cierto que he intentado demostrar que mi compañero de mesa Buitrago es el segundo. Gérvas primero, Buitrago, Borrell, Brotons. Es decir, hay pocos investigadores y no están trabajando en la gestión, están trabajando en la asistencia. Hay algunas herramientas, *PubMed* también, que permiten establecer la relación que hay entre los autores. Se ven algunas curiosas: en el medio está la relación de gente de Andalucía, de mi escuela, que evidentemente forman una red; en el caso de Juan (Gérvas) y de Mercedes (Pérez Fernández) se trata de otro tipo de redes; es evidente que es muy importante la constitución de las redes de cara a la investigación. Y eso habría que tenerlo en cuenta.

Un aspecto importante que también se ha comentado, en el artículo de De Lorenzo lo citaba, es que el aspecto y el modelo de la reforma de la atención primaria en España prácticamente nos interesa a nosotros y a poca gente

más. O sea, no está la gente mirando a ver qué hacemos nosotros, no. En una distribución sobre artículos de gestión en atención primaria y de dónde proceden los autores, la sensación que tengo respecto a la gestión y a la investigación en atención primaria, es que son de estas dos personas que se cruzan en los goles y miran para otro lado para no verse, es decir, aunque se conocen perfectamente ninguno quiere saber del otro, o sobre todo quizá el ámbito de la gestión quiere saber menos de la investigación. Y eso posiblemente responde a factores culturales, me explico: posiblemente no sea casual el hecho de que en España, a diferencia de otros países, no existe una profesionalización de la gestión y ésta tiene un *turnover* muy rápido y, al mismo tiempo, la gestión depende de decisiones de los políticos que en este momento tienen responsabilidades en la materia. Influye tal vez el hecho de que durante los 80, se consideraba que un buen gestor era aquel que no era clínico, porque si no estaba abducido por el pensamiento de los que están pasando consulta. Entonces fue la época en la que había muchos gerentes, sobre todo de hospital, que eran ingenieros, economistas, abogados. Y en tercer lugar hay un elemento de claro sesgo, y es la cuestión de que en general los gestores no buscan hacer un master en una institución académica en relación con la clínica, sino que lo que más le mola es lo que hacen el resto de los gestores: comprarse *El País* los domingos y coger las páginas naranjas y por otra parte ir a escuelas de negocio, como el Instituto de Empresa.

Estas dos revistas creo que son dos referentes clave, cada una en una materia. A mi me gusta mucho el *British (Medical Journal)* pero los gestores la que manejan es el *Harvard Business Review*, que es la que manejan todos los que se dedican a la gestión en cualquier institución; estoy a lo mejor caricaturizándolo mucho, pero en cierta manera sí que es cierto. Nosotros, en la Escuela damos contenidos de gestión donde el peso que tiene la gestión en empresas de servicios es muy importante y creo que esto posiblemente tenga alguna influencia. Feynman era un tipo que cuando era pequeño ya andaba preguntando si alguien tenía el mapa de un gato. A este hombre le dieron el premio Nobel de Física. Tuvo una parte oscura como muchos, y estuvo trabajando también en el desarrollo de la bomba atómica, pero desarrolló una curiosa interpretación y análisis de un culto que él llamó de los aviones de carga. Tiene que ver con lo que ocurrió en las islas del Pacífico al acabar la Segunda

Guerra Mundial. Había una serie de islas aisladas con tribus aborígenes con ningún conocimiento con la civilización occidental, y cuando los americanos estaban atacando Japón empezaron a establecer bases de aprovisionamiento y también bases para intentar acercarse en la ofensiva final sobre Tokio. Los nativos veían que llegaba allí una gente, que montaban pistas de aterrizaje, que se ponían unos cascos y que tenían una especie de cosa rara que volaba que eran los aviones y que además, a ellos les dejaban cosas (alimento, ropa) que no conocían hasta entonces. La cuestión fue que cuando se fueron, se quedaron sin nada y pasó el tiempo y no volvían los americanos y por tanto no volvían ni los materiales ni nada por estilo. Entonces desarrollaron algo parecido a un remedo de lo que veían, se cogían dos cocos y se los ponían aquí, construían aviones y montaban una serie de antorchas a lo largo de una explanada que era la pista de aterrizaje; pero pasaba el tiempo y no ocurría nada. Eso, en cierta manera, es lo que ocurre con la pseudo investigación en gestión. Muchas veces se considera: hemos conseguido aumentar enormemente el beneficio para nuestros pacientes, gracias a medidas de mejora continua de la calidad, de orientación al usuario, de procesos, de lo que queremos entender, pero se basan simplemente en los auriculares de coco. Es decir, ejemplo de la gerencia única: basta que un consejero, basta que un político sanitario considere que la gerencia única es una gran intervención, para que rápidamente esa interpretación se extienda como más o menos el contagio de la gripe porcina. De hecho Shojania y Greenshaw publicaron un artículo en el *Health Affairs* muy interesante que llamaban el caso de la pildora roja. Son los casos de cuando va a la consulta alguien y tiene una patología rara de estas de dolor multiorgánico y le pregunta al médico: ¿qué es lo que tengo doctor? Y el médico pasara, como comentaba Luis (García Olmos), al colega de al lado y le preguntara: tengo un tipo muy raro, no sé lo que es. Y el otro le dice: bueno, para ese caso concreto yo le doy unas pildoras rojas cuadradas, que pone 250 y funcionan de vicio. Y el tío rebusca y encuentra pildoras rojas pero redondas y de 150. Se lo da, y al cabo de una semana le pregunta: ¿Qué tal le ha ido? Y el paciente dice: pues bueno, más o menos estoy igual, pero algo a lo mejor he mejorado. Y el tipo lo publica en las revistas científicas porque realmente se ha notado una mejoría. Este es el caso de la pildora roja de Shojania, y realmente gran parte de la investigación o de la publicación, o de la influencia de la gestión tiene que ver con esto.

Por otro lado, Rosenzweig es un suizo que publicó hace unos años un libro muy interesante que es *El efecto halo* en el que habla sobre estos sesgos, estos espejismos, estas ilusiones que se producen en la supuesta investigación sobre gestión en el ámbito industrial –no estoy hablando del ámbito sanitario–. Una de las ilusiones tiene que ver con la correlación y la causalidad, que no son lo mismo y habitualmente se interpretan así. En el caso de la gestión se considera que los resultados responden a una única intervención. Por ejemplo, gracias a que tenemos un jefe con una enorme capacidad de liderazgo, CISCO ha aumentado sus resultados. El problema está en que cuando CISCO se hunde, la razón del hundimiento de CISCO es que no tenía suficiente liderazgo. Entonces en ese sentido, hay que tener cuidado con cómo se sacan las conclusiones de las teorías en relación con el *management*.

Por último, me atrevería a hacer alguna recomendación que pasa fundamentalmente por construir un eje de transmisión entre las dos ruedas: en el de la gestión y en el de la investigación. Y que no es nada original sino lo que están haciendo otros países. La primera, que la función de la investigación no debería estar separada de la gestión, parece obvio. Eso significa que, al margen que haya ayudas de las agencias financiadoras, los propios servicios regionales, las propias consejerías, los propios entes proveedores, evidentemente deberían destinar fondos específicos para investigar sobre lo que hacen. Eso lo están haciendo en otros países y no les va mal. Segundo, es importante establecer una agencia de investigación en la que las dos partes participen. Si hay prioridades dentro de una consejería, de una gerencia o de lo que sea, lógicamente sobre eso se debe investigar. Si hay temas que nadie sabe sobre ellos, lógicamente sobre esos también se debería investigar, se debería establecer una unión entre ambas. Los gestores, los decisores, como hablan los ingleses, deberían estar implicados en el procedimiento y las redes sociales son fundamentales y cada vez más. Y un ejemplo: hay múltiples redes sociales, de los participantes en este foro, que son enormemente productivas en ese sentido. Por último, es inevitable que las ideas influyan mucho en el ámbito de la gestión. Que deberían establecerse estrategias explícitas de implantación y que por último no podría o no debería haber una intervención en gestión que no fuera evaluada; parece también un poco las cartas a los Reyes Magos.

El Instituto Canadiense de Investigación estableció una serie de marcos. Uno de ellos, es que obviamente deberíamos ir avanzándolo no solamente en el conocimiento sino en la capacitación de los investigadores, en lo que tiene que ver con que las tomas de decisiones no sean según a mi me ha iluminado esta noche el sueño, sino que dependan de información previa sólida, y que evidentemente esto permita aumentar los impactos. En resumidas cuentas, considero que el ámbito del aspecto que tiene que ver con la investigación de gestión en atención primaria inevitablemente pasa porque, de una vez por todas, tanto los investigadores como los gestores establezcan una cierta alianza de cara al desarrollo de futuras líneas en él para los próximos años.

 **Luis García Olmos, moderador:**

Contamos en esta mesa con Francisco Buitrago, médico de familia con solera de las primeras promociones, de los que se ha mantenido en la trinchera desde el principio y que desarrolla su actividad asistencial en el centro de salud La Paz en Badajoz. Es también profesor asociado en la Universidad de Extremadura y él desarrollará el apartado de qué se ha producido, qué se ha publicado, qué se ha investigado en relación con la práctica clínica y qué impacto ha tenido.

Tiene la palabra Francisco Buitrago.

Ponencia

Francisco Buitrago

Médico. Centro de Salud La Paz. Badajoz

Buenos días. Yo en principio, también quiero dar las gracias a las dos fundaciones y particularmente también a Juan Gérvas y a Luis (García Olmos) que fueron quienes me han invitado a participar. Yo vine el año pasado a los seminarios (de innovación en atención primaria), aunque ya seguía lo que se publica de ellos desde hace años cuando empezaron. Para mi, fue un honor por lo que se aprende y desde luego, después de escuchar a Luis (García Olmos) y a Sergio (Minué) yo creo que prácticamente el objetivo mío de aprender está más que satisfecho y supongo con la segunda y la tercera mesa, con creces.

Cuando Luis (García Olmos) me comentó la distribución de las mesas, me habló de que reflexionara sobre el impacto que tiene la investigación en la práctica clínica del médico de familia, del médico general. Desde que terminé estoy pasando consulta y entonces lo que he hecho ha sido reflexionar un poco situándome yo como botón de muestra y darme cuenta de qué es lo que influye en la pauta de comportamiento que yo pueda tener. Entonces, yo creo que todos asumimos que para tener una investigación y una atención primaria que sea fuerte, es necesario potenciar la investigación. Y potenciar la investigación en atención primaria y sobre las actividades de atención primaria es fundamental y no es nuevo. Una cita de Vuori en un artículo, la traducción de una conferencia que este asesor de la OMS, dio en Murcia en el año 85 y que después publicó *Atención Primaria* en el año 87 (se llamaba *Atención Primaria de Salud en Europa: problemas y soluciones*), ya decía que uno de los signos de madurez de una profesión era la investigación que los miembros de esa profesión eran capaces de hacer sobre sus propias actividades. Y que investigar sobre las propias actividades era una base importante para programas de formación y era una forma importantísima para aumentar la autoestima y la satisfacción profesional, el orgullo profesional. Es decir, que para mi también es una cosa importante el considerar que la investigación

obviamente induce cambios, debe inducir cambios de comportamiento que al final repercutan en la salud de la población, pero también aumenta la autoestima y la satisfacción profesional.

Hay razones para investigar en atención primaria que todos conocemos y que harían un sitio ideal para que se investigara y que el impacto fuera mayor de lo que realmente es. La mayoría de la población contacta, lo que todos sabemos, con la atención primaria de salud. Se dice que somos la institución, aparte de las escuelas, que más visitan los ciudadanos a lo largo de su vida. Se atienden poblaciones bien definidas, resuelve un porcentaje altísimo de los problemas de salud que tiene la población, aplicamos modelos biopsicosociales –y por tanto cabe la investigación en distintos perfiles–, se ofrece atención continuada longitudinal a lo largo de la vida de las personas con problemas,... Atendemos a sanos a enfermos, trabajamos en condiciones de efectividad real y no en condiciones de eficacia y trabajan médicos, enfermeros y farmacéuticos y otra serie de profesionales que hacen que se pueda hacer una investigación también multidisciplinar. Obviamente tiene también sus puntos débiles. La investigación desde luego no es una prioridad política, si se entiende como prioridad el que: “mucho te quiero perrito pero de pan poquito”. En el tema este, la prioridad debe ser el dinero que se pone sobre la mesa, y la financiación de la investigación es desde luego muy deficiente en cuanto a recursos. Obviamente, en atención primaria predominan los elementos asistenciales sobre los contenidos de la investigación, y debe ser así. Somos médicos y somos enfermeros que tenemos que atender a personas y no somos investigadores natos. Lo que ocurre es que no debería de haber esa desproporción de vista de todo volcarlo en la asistencia. Es decir, aquí no se trata de que nos den el premio Nobel investigando, obviamente, en atención primaria, pero esa desproporción, asumiendo que nuestra labor es básicamente asistencial, esa práctica inexistencia de la investigación yo creo que es nociva. Ni los médicos ni los enfermeros tenemos una formación suficiente como investigadores. De hecho ya lo han comentado Luis (García Olmos), también Sergio (Minué) indirectamente: menos del 5% de los artículos que se publican en ciencias biomédicas proceden de atención primaria. La mayoría, el 95%, procede de los hospitales y universidades y la atención primaria no dispone, como también Luis (García Olmos) apuntaba, de vínculos claros con

el mundo académico. Y este aspecto es importante, es decir, para mejorar el impacto que tiene la investigación, hay que implementar varias medidas que iremos viendo. Vicente Pedraza, un catedrático de Radiología de Granada que fue presidente de la Conferencia de Decanos, decía que la primera medida para promover el desarrollo científico y la investigación en atención primaria era asegurar la presencia de la atención primaria, de la medicina de familia en el currículum de la facultades de medicina. Y esto como comentaba Luis (García Olmos), me parece un tema que está ausente o está presente de una manera muy pobre.

A la hora de investigar qué impacto tiene la investigación en la práctica nuestra cotidiana hay que tener en cuenta esto. Si nos referimos a la investigación que se hace en atención primaria, que en todo el mundo es menor del 5%, tanto en publicación como en proyectos, o la investigación que procede de otros ámbitos, que el 95% procede de las universidades y de los hospitales. La necesidad de reflexionar sobre el impacto que tiene la investigación en atención primaria yo creo que es clara. Es decir, la investigación es un instrumento para generar conocimientos con los que tomar mejores decisiones y contribuir a la mejora de la salud de la población. Beneficios de investigación, aunque tenga también sus riesgos, aporta. A nivel de la población puede mejorar los niveles de salud, los pacientes mejoran la calidad asistencial que reciben, disminuye la variabilidad de la práctica clínica entre diferentes profesionales, a nivel de los servicios sanitarios puede mejorar la efectividad y la eficiencia y a nivel de los profesionales de investigación nos puede ayudar a mejorar nuestra formación continuada, a estimular un espíritu crítico, a evitar la inercia asistencial que podamos tener y a mejorar también la autoestima y el orgullo profesional de cada uno de nosotros. Ahora, valorar el impacto es difícil, lo comentaba también antes Sergio (Minué). Pedraza también habla de que valorar el impacto, medirlo, es importante, pero es inexacto. Y como yo le escuchaba a un profesor cuando era niño, había temas que eran confusos, difusos y profusos y éste es uno de ellos. Creo que la principal dificultad estriba en ver cómo lo que se produce en investigación acaba produciendo cambios en el comportamiento del profesional médico y de enfermeras en su práctica clínica. Y eso es difícil de medir. Yo creo que podríamos asumir esta definición de impacto como la medida en que el conocimiento científico que

genera la investigación se incorpora y modifica la práctica cotidiana de los profesionales y mejora la salud de las poblaciones. Para evaluar el impacto se podría hacer analizando todos estos componentes, es decir, viendo cómo la producción científica mejora, o en el sentido de cambio, el comportamiento de los profesionales. Esto, también lo comentaba Sergio (Minué), tiene una serie de dificultades que asignar un cambio en la práctica cotidiana de un profesional médico de enfermería a una intervención o a una investigación concreta. No existe un único indicador. También si se valora el otro componente de en qué medida la investigación cambia la salud de las poblaciones, es muy difícil atribuir el cambio de la salud de una población a los hallazgos de las investigaciones, porque influyen muchas variables que no sólo son los hallazgos de la investigación, desde variables externas e internas y que sí se pueden medir, los cambios en la salud de las poblaciones a través de indicadores como mortalidad, indicadores de epidemiología.

En los modelos que hay para valorar el impacto que tiene la investigación en la práctica diaria, hay uno que a mi me resulta bastante práctico de los que he estado revisando en la bibliografía, que sería el modelo de Kuruvilla y que habla de que existen tres dimensiones importantes a la hora de valorar el impacto. Serían la producción de conocimiento, la transmisión de conocimiento y la aplicación del conocimiento que genera la investigación. El conocimiento es el primer producto que genera la investigación y como tal tiene un valor. Un valor que se puede analizar desde indicadores cuantitativos y desde indicadores cualitativos. Desde indicadores cuantitativos lo que genera la investigación se puede analizar viendo el número de artículos originales, las patentes, las guías de práctica empírica, las revisiones, las tesis doctorales y tal. Obviamente, esto tiene sus limitaciones. Valorar solamente el impacto de una investigación por la cantidad, por el peso, tiene sus limitaciones porque no todo lo que pesa tiene la misma trascendencia. Entonces se habla y se intenta evaluar la producción del conocimiento con indicadores cualitativos, entre los que estaría el renombrado factor impacto y el número de citas por artículo.

El factor impacto, a pesar de lo que se le critica, se acepta como medidor de calidad, en el sentido de que todas las revistas que lo tienen, tienen la

revisión por pares y eso ya es un sello de calidad y sigue siendo el patrón oro para valorar la producción. También el número de citas que tiene cada artículo se considera que es importante porque el factor impacto no siempre tiene una traslación a la clínica, es decir, hay revistas que tienen factor impacto y que sin embargo los clínicos no leen. Entonces se propone también el análisis cualitativo del número de citas, pero esto también tiene el inconveniente de que el número de citas que recibe un artículo al final lo que refleja es las veces que se ha consultado pero tampoco indica la trascendencia que ese artículo haya tenido en cuanto a cambios de comportamiento. De manera que estos indicadores cualitativos también tienen sus limitaciones. Lo cierto es que en nuestro país, como comentaba Luis (García Olmos), la producción de conocimiento que genera la atención primaria, tanto si lo viéramos desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, es baja y de poco valor.

La otra dimensión del modelo de Kuruvilla sería la transmisión del conocimiento. Es decir, es importante no sólo que se genere conocimiento, sino que el conocimiento también llegue a los clínicos que han de aplicarlo. Aquí nos encontramos con la cantidad de información que se genera. Se habla en alguna bibliografía que he consultado de que se producen alrededor de 40.000 artículos en medicina cada semana, unos 6.000 libros al año y un artículo cada 20 segundos. La mayoría, afortunadamente, de lo que se publica, es irrelevante, lo cual es una buena noticia porque si no uno acabaría loco. Porque si no, no creo que uno fuera capaz de estar más de una semana sin pasar consulta o un mes y volver a la consulta diciendo: "oye qué cambios se habrán producido en la atención de los pacientes". Es decir, que afortunadamente el hecho de que la mayoría de lo que se publica no tenga relevancia, tiene trascendencia. Luego conviene ver que la transmisión del conocimiento no sólo son las revistas. Si queremos que el conocimiento que genera una investigación tenga impacto, no todo son las revistas de factor impacto, las revistas científicas. A veces se consigue mayor impacto con los medios de prensa, con las bases de datos, con las sesiones clínicas, con Internet y desde luego todo eso habría que tenerlo en cuenta a la hora de procurar que la investigación que hacemos. Porque como comentaba antes, las revistas sin factor impacto pueden resultar vehículos importantes a la hora de transmitir los conocimientos.

La forma de presentación de los hallazgos de la investigación parece que son las revisiones sistemáticas, los metanálisis y las guías de práctica clínica, las herramientas que resultan más eficaces para que los clínicos tomemos en consideración lo que transmiten. Eso es lo que se dice pero, ¿de dónde tomamos la información los médicos, los enfermeros, quienes pasamos consulta todos los días? La SemFYC hizo un grupo Delphi aquí en Madrid al que asistí, que una de las cosas que investigaba era de dónde los médicos tomamos la información de los avances que se van produciendo, en distintas áreas: en salud mental, en endocrino, en cardiología... Cuáles eran las fuentes de información a las que considerábamos con mayor relevancia a la hora de tomar nosotros en consideración los avances. Y el grupo, que era de toda España, consideraba que se enteraba de los avances que después iba a aplicar, por las alertas bibliográficas, por las páginas web de las sociedades científicas, por las páginas virtuales, por *Medline* y por las revistas científicas. Yo creo que en este tipo de grupos a veces también se miente y no se refleja exactamente lo que después en la clínica ve uno. Yo creo que corresponde más a lo que yo también he leído en un artículo de *Family Practice* de 2003, donde se interrogaba a médicos ingleses sobre de dónde o qué fuentes de información tenían más influencia a la hora de aplicar o de tomar decisiones sobre incorporar fármacos novedosos en su práctica cotidiana. Y los médicos referían que lo que más les influía en este tema en concreto que era incorporar avances en cuanto a farmacología, eran los visitantes médicos. Después de los visitantes médicos, el segundo punto de influencia era lo que observaban ellos en los informes de derivación a los especialistas correspondientes y el tercero era lo que observaban también en los informes de las personas que habían acudido a servicios hospitalarios, de urgencia. Influían también las revistas, pero las revistas curiosamente que influían eran revistas de difusión gratuita que no tenían ni siquiera revisión por pares.

Y en este estudio la mayoría de los médicos atendían a visitantes y yo creo que también va en la idea que se ha comentado en algunas otras ocasiones de que deben ser las cosas así, de que realmente la industria cuando quiere promocionar un fármaco lo que suele utilizar es a los especialistas que van a los centros, que actúan muchas veces como visitantes ilustrados, revistas de difusión sin revisión por pares, y desde luego saben que eso influye y posi-

blemente lo que más influye, a pesar de que cuando se nos interroga el grupo Delphi lo que introducimos lo leemos en lo último. Entonces, como comentaba, la inmensa mayoría de lo que se publica no es útil pero hay cosas que son útiles, pero lo que pasa es que están escondidas o son poco accesibles. Lo cual nos obliga a que si queremos que tenga impacto lo que investigamos, procuremos que lo presentemos de una manera que resulte útil al posible lector. Hay una fórmula, la fórmula de la utilidad, que dice que utilidad de un trabajo es directamente proporcional a la validez que tenga la información que presenta, a la relevancia clínica, al grado de interactividad con la que se puede consultar la fuente de información, e inversamente proporcional al esfuerzo que te suponga buscar esa información. Las revistas médicas tendrían una utilidad baja, porque necesitan mucho esfuerzo y no puedes interactuar con ellas, los libros de texto tendrían una utilidad media y los colegas tendrían una utilidad alta, también lo comentaba Sergio (Minué). En el sentido que al colega le puedes preguntar, puedes interrogar y es fácilmente accesible con poco trabajo.

La aplicación del conocimiento sería la última parte de la valoración del impacto, sería el objetivo último. Lo que pretende es saber en qué medida el médico o el enfermero utiliza en su práctica clínica el conocimiento generado por la investigación. Para esto existen distintos instrumentos, indicadores, encuestas, cuestionarios, entrevistas para valorar en qué grado se utiliza esa información. Lo que está claro es que la aplicación del conocimiento, también lo comentaba Luis (García Olmos), no es inmediata. No sé si por prudencia, por cautela, por ignorancia, por inercia, pero tarda en aplicarse. A veces afortunadamente también. Yo en el texto enviaba dos ejemplos de la utilización de bloqueantes en el infarto, que se demostraron útiles en el año 91 y que sin embargo 20 años después se siguen utilizando muy poco. O los antibióticos, un caso más práctico, en la otitis media aguda de los niños que se recogía en un artículo del *JAMA*, en el que una actitud prudente de retardar la utilización del antibiótico, en niños de seis meses a doce años, pero disminuía el uso ineficaz del antibiótico en un 58%. Y luego tampoco es la práctica que uno ve. Luego se han diseñado estrategias para facilitar la aplicación.

El Reino Unido tiene un contrato de marco de calidad y resultados en el que se anima a los médicos a que utilicen escalas, por ejemplo, para la utili-

zación de antidepresivos dependiendo de la severidad de síntomas, para ver si había mejor prescripción de los antidepresivos en virtud de la utilización de estas escalas. Se ve también que los médicos toman afortunadamente en cuenta otra serie de consideraciones.

Como comentaba Sergio (Minué), es impredecible el impacto, pero en atención primaria, la investigación generalmente que se hace es de baja calidad, es redundante, es irrelevante, y muchas veces la única misión que tiene es engordar el currículum de cada uno de nosotros. Hay obstáculos para incorporar los resultados, dependen del volumen de la cantidad de información que hay y de la complejidad de los estudios, con lo que nos resulta difícil evaluar, aplicar e interpretar esa mejor evidencia.

Si hubiera de hacer recomendaciones para aumentar el impacto, podrían hacerse a tres niveles: para los investigadores, para las agencias que las financian y también para los políticos. A los investigadores, aunque nos digan que tal, siempre nos hablan de que para mejorar el impacto tenemos que publicar en revistas de factor impacto alto y siempre nos dicen que hay que publicar en inglés, es decir que el castellano prácticamente para el factor impacto no existe o existe poco. Esto, ya os digo, que habría que discutir mucho, como comentaba antes. Habría que facilitar la vinculación, la colaboración, también lo apuntaba Sergio (Minué), de los investigadores con los gestores, con las organizaciones sanitarias, con los colegios de médicos, con la universidad. Habría que conseguir una difusión amplia de los resultados y no solamente confiar en la distribución a través de las revistas científicas, utilizar otros medios. A las agencias financiadoras, habría que exigir también que compartieran los resultados que les dan los investigadores con los posibles beneficiarios y con los gestores, y que apoyaran también la creación de redes, para académicos y profesionales, entre otras medidas. Y finalmente, a los políticos habría que animarlos a que aumentaran los incentivos, para facilitar la investigación relevante. Que hubiera formas de contratación y relación laboral accesibles, que permitieran compaginar la investigación con la práctica asistencial, que se facilitara la integración de la medicina en la universidad y también lograr que algún tipo de organismo, como los colegios médicos o las sociedades científicas, tuvieran el prestigio académico suficiente y el reconocimiento social ade-

cuado para ser agencias de fabricación o de elaboración de guías de práctica clínica, que no las hay en España. Al final, para mejorar el impacto, habría que incidir sobre el mensaje, sobre el investigador, haciendo que la investigación sea de calidad, sobre los canales y sobre el receptor. Sobre el receptor, que somos nosotros, también incidiendo en las creencias, que a veces son difíciles de cambiar, la resistencia y sabiendo, como comentaba este hombre Oscar Wilde, que la experiencia muchas veces es el nombre que damos a nuestros errores y que hay que cambiar. Es decir, la experiencia induce o aumenta la selectividad de los aciertos, pero la experiencia nos hace ser muy conspicuos también en los errores, por eso también el mantenerse con un espíritu crítico abierto a las investigaciones es importante. Y nada más. Gracias.

Turno de preguntas de la primera mesa redonda

Luis García Olmos

Muchas gracias por vuestras presentaciones. ¿Tenéis alguna pregunta que queréis hacer, alguna observación, algún comentario? Más o menos digamos que los minutos que hemos empezado de retraso no de la mesa, sino del acto, se los ha comido Juan (Gérvas), con lo cual, la demora que hemos acumulado nosotros es de esta mesa y veremos cómo van las cosas... Porque al final la intendencia condiciona mucho, pero yo creo que podremos ajustarnos a los tiempos. ¿Tenéis alguna pregunta, algún comentario?

Pregunta

Juan Gérvas: Como se registran las intervenciones, es importante que quien hable se identifique. Hay varias cuestiones, pero por lo menos dos, creo que son generales. Una ha salido en algún comentario y es ¿hasta qué punto es realidad o esperable que las nuevas tecnologías de la información faciliten una investigación que se traduzca en la práctica? No solamente la producción de artículos, sino en qué forma puede mejorar la aplicación práctica. Y la otra ha salido al hilo de Francisco Buitrago, ¿qué importancia realmente tiene la revisión por pares? Es decir, se da por supuesto que la investigación que si se publica en revistas de revisión por pares tiene mayor categoría o calidad, pero no está muy claro si eso al final significa algo respecto a la investigación. Así que son dos preguntas que creo que atañe a uno o a otro, pero como queráis.

Respuesta

Sergio Minué: Con respecto a la primera, en principio lo lógico sería entender que las nuevas tecnologías pueden suponer una mejora a la hora de disponer de información y de poder explotar esa información para generar

conocimiento científico y, de hecho, como comentaba en el artículo de De Lorenzo, era una de las explicaciones por las que decía que el hecho de que fundamentalmente se investigue en relación con servicios o con gestión en el ámbito de la farmacia o en el ámbito de la demanda derivada, responde precisamente a la posible existencia de sistemas de información. Yo soy un poco escéptico por una cuestión. Porque realmente el potencial que tienen las historias clínicas electrónicas es grande en cuanto a explotación de determinada información, pero ahí hay dos elementos que condicionan un poco esas posibilidades: una, no todo es registrable en la historia clínica y no todo lo que no está registrado en la historia clínica es superfluo. Y, de hecho, en una revisión reciente de Iona Health y Adolfo Rubinstein, en *el British Medical Journal* hablaban precisamente de los problemas que tiene el modelo que ha comentado Paco (Buitrago) hace un momento, el modelo de calidad, el *framework* de calidad británico. En el sentido de que si me mides por esto, yo voy a hacer esto pero voy a dejar de hacer cosas que son muy importantes, es decir, problemas complejos, la atención a la comorbilidad, pues realmente si a mi no me van a incentivar a lo mejor no lo hago. Entonces hay determinadas cosas que en la historia clínica electrónica, tal y como está planteada ahora mismo, que no da respuesta y son problemas y preguntas muy importantes en investigación. Y dos, no todas las comunidades autónomas permiten a los clínicos explotar la información que ellos mismos generan, es decir, se convierten en grandes almacenes de datos que lo que hacen es tener información acumulada de lo que está ocurriendo en esa determinada comunidad autónoma, pero sin la posibilidad de que aquellos que la generan, tengan acceso a la explotación de la misma.

Francisco Buitrago: Con respecto a esto que también comenta Sergio (Minué), tengo mi duda de que la historia clínica pueda aportar mucho a la investigación, entre otras cosas porque respecto de las historias clínicas, las que llevamos muchos años trabajando en Atención Primaria, las que tenemos en papel tienen una cantidad de información difícilmente trasladable a la historia clínica informatizada. Lo comentaba esta mañana con María Pilar (Rodríguez Ledo) y con Rafa (Cofiño), que en mi comunidad se dice que toda la información de toda la gente tiene una historia clínica y bueno, depende de lo que se llame así, es decir, si historia clínica es que una persona aparezca

en el ordenador con su nombre, dirección, apellidos, fecha de nacimiento y carnet de identidad, todo el mundo tiene historia clínica. Si historia clínica es que la información que tú tienes acumulada de un paciente, esté en los ordenadores, historia clínica es prácticamente inexistente de manera informatizada.

Y yo luego en esto, los datos a veces cantan. Hay muchas veces que la investigación de las bases de datos consiste en torturar a la base hasta que canta y demuestra lo que tú quieres demostrar. Bueno, esa tortura de los datos puede dar utilidad. Por ejemplo, mensualmente, tenemos que dar una serie de indicadores que nos pide la gerencia de cuántas consultas, cuánto derivamos... rutinas que se establecen sistemáticamente y que no sirven para nada. Que las posibilidades que dan son muchas pero que depende también de la idea que tenga el personal a la hora de explotar. Por supuesto, que dan muchísimas, yo ya comenté en su día las famosas tablas de riesgo cardiovascular, el "curris" de los ingleses se ha basado en las bases de datos de las historias que son varios millones de pacientes. Evidentemente, la fiabilidad que tiene una tabla de riesgo que está validada en millones de personas no la tiene la tabla del SCORE o del REGICOR. Entonces, utilidad potencial tienen, ¿real? yo soy un poco escéptico.

Y luego, con respecto a lo que comentaba de la revisión por pares, yo creo que es una cosa que como tantas otras es inamovible. Una revista que tenga revisión por pares, se supone que tiene más calidad que la revista que no lo tenga. Para tener factor impacto, aparte de otras cosas, es necesario que tenga una revisión por pares, pero la implicación real, menos del 30%, lo decía Sergio (Minue), de los artículos que se publican en revistas de impacto son alguna vez citados. Es decir, no son nunca. Y la realidad que uno tiene es que en una comunidad como la mía, una ciudad de 150.000 habitantes, tiene más impacto la noticia que se publica en el *Hoy* que es el periódico que lee todo el mundo, que la que se publica en el *New England*. Es decir, que a la hora de cambios reales, de si hace falta hacer un *screening* de cáncer de colon, basta que salga un reportaje en una prensa, que no es científica muchas veces, para tener un impacto real, entendiendo impacto como que cambia algo en la conducta de los médicos, de las enfermeras o del sistema.

Luis García Olmos: Yo quería hacer un comentario en relación con la pregunta de la tecnología. Desde la experiencia de trabajar o de intentar hacer investigación con la historia clínica que hay en la comunidad de Madrid. Dos experiencias compartidas con gente que está en la sala. Yo creo que la historia clínica informatizada debería facilitar y debería ayudar a hacer investigación. En este momento la historia clínica, al menos la que hay en la comunidad de Madrid, no facilita, incluso es una traba, para hacer investigación. La experiencia con los residentes: los residentes tienen que hacer un trabajo al terminar su residencia, en este momento por pura inercia, igual que los médicos que trabajan en primaria han hecho sobre todo trabajos de farmacia, porque hay una base de datos informatizada desde hace mucho tiempo y eso permite una investigación rápida, obtener resultados rápidos; en este momento cuando se pide un trabajo de investigación, recurren a la historia clínica informatizada. Muchísimos problemas. Los hemos animado en diferentes ocasiones a que describan y pongan en papel su experiencia con la historia clínica informatizada y todavía no lo hemos conseguido. Tenemos otra experiencia reciente, intentando una aplicación de los ACG, un sistema de clasificación de pacientes en un área de salud. Lo primero que tuvimos que hacer fue una depuración importante de la base de datos de la historia clínica porque un volumen importantísimo de episodios estaban abiertos, con lo cual no se podía trabajar con ellos. Y a mí me parece que hacen falta dos cosas: uno, pensar historias clínicas que tienen que dar soporte a la investigación y dos, formar a la gente que utiliza la historia clínica para que la utilice teniendo en cuenta que una de las utilidades que tiene es para la investigación. Si no, yo creo que vamos a tardar mucho en que esto sea un soporte que nos ayude.

Sergio Minué: Sólo una breve apostilla en relación con lo de las nuevas tecnologías. Nos hemos centrado un poco en el análisis de la historia clínica electrónica, que da todo lo que tiene que ver con Internet y que, evidentemente, va a tener una influencia que yo creo en el futuro muy importante. Cuando uno revisa quiénes son los autores que publican sobre esta materia y qué influencia tienen, son evidentes: los que publican en revistas científicas revisadas por pares. Pero posiblemente yo creo que las personas que ahora más influyen dentro de lo que es la generación de conocimiento en Atención Primaria son Rafa Bravo o Julio Bonis. Es decir, en el futuro va a haber un

replanteamiento, o debería haberlo, de lo que es la investigación, empezando también por el artículo que publicaron unos coreanos con respecto a la utilización de Google para llegar a diagnósticos de casos cerrados del *New England*. Pues evidentemente Google es otra herramienta de búsqueda y ahí puedes encontrar cosas que no son artículos científicos, desde *Slycer* donde se comparten presentaciones que si son de alguien conocido tiene una capacidad de influencia muchísimo mayor que los artículos, que aunque sean citados cinco veces nadie lee.

Luis García Olmos: El segundo comentario que quería hacer de la tecnología, no sólo en relación con la historia clínica sino como difusión, como acercamiento de la investigación a la práctica clínica. La realidad demuestra que no juega ningún papel, es decir, yo esperaría que 150 años después de la anécdota que he comentado, no hubiese una demora de 17 años en este momento en que se pudiese aplicar lo que se investiga en la práctica clínica. Con los medios tecnológicos que hay, eso tenía que ser prácticamente inmediato. Algunas cosas pasan en el camino. La forma en que accedemos a ello, la forma en que se presenta la información, probablemente no sea en la que se puede utilizar, pero la realidad es que no se está acortando esa distancia que hay entre que aparecen los resultados de la investigación hasta que se aplican.

Pregunta

Jorge Casas: Hola buenos días. Como gestor actualmente de la Atención Primaria madrileña, yo creo que me encuentro obligado a hacer un comentario más que una pregunta a la presentación, fundamentalmente a la de Sergio (Minué), relacionado con la investigación y gestión. Por mi experiencia, llevo 19 años ya más o menos en la gestión, creo que en los últimos años, la capacidad de innovación y de trabajo en la investigación en los gestores de la Atención Primaria, si no ha sido nunca muy alta, ha ido disminuyendo de una forma importante. Y yo creo que lo que nos queda y lo que debe quedar, fundamentalmente en la mayor parte de los gestores, es intentar facilitar y conseguir que los clínicos puedan realizar y los profesionales que están tra-

bajando en Atención Primaria. Están de alguna forma bajo nuestro cargo o nuestra dirección, facilitar su trabajo, el trabajo del día a día, y los procesos y los proyectos de investigación que se realizan en las gerencias, y como facilitadores yo creo que ahí está nuestra labor más importante. Porque realizar investigación desde la gestión se ha convertido en algo realmente complicado. Algunos de los puntos los ha tocado Sergio: la no profesionalización de la gestión, la dificultad, el nombramiento y remoción de los cargos de una forma demasiado rápida y luego la poca vinculación de tu gestión con unos objetivos que en la organización cambian con bastante rapidez. De tal forma, que investigar en aspectos de la gestión del día a día, o de la gestión de futuro cuando muchas veces, la propia línea de trabajo de la Atención Primaria y que esa investigación puede llevar para que la reforma de la atención primaria sea en una línea en la que todos deseamos. Es complicado porque año tras año con un periodo demasiado rápido, cambian los objetivos de la organización y que incluso en los objetivos de la organización no se te valoran a ti como gestor a la hora de mantener un trabajo diario pues se hace bastante difícil esa investigación. Creo que se hace más investigación básica, por decirlo de alguna forma, en gestión por eso a lo mejor los gestores leemos o algunos leen publicaciones más relacionadas con el ambiente de la empresa y no con la gestión sanitaria, que no gestión práctica directamente en la Atención Primaria porque es bastante complicado. Gracias.

Respuesta

Sergio Minué: Muchas gracias Jorge. Estoy de acuerdo contigo en mucho de lo que has comentado. Yo creo que por desgracia se viene observando en todo el Sistema Nacional de Salud una progresiva pérdida de la capacidad de autonomía y de innovación por parte de los gestores, y es cierto que su principal función posiblemente no sea hacer investigación sobre servicios, investigación o gestión. Pero por otra parte hay determinadas preguntas de investigación que los únicos que pueden generarlas, plantearlas o impulsarlas, es gente que trabaja en el ámbito de la gestión, porque son preguntas que surgen en ese ámbito y que posiblemente un clínico no tenga conocimiento suficiente para poder hacerla. Además de eso, está la cuestión de que en gran

medida esas decisiones pueden tener una influencia, un impacto muchísimo mayor. Es decir, cada comunidad autónoma tiene sus propias estrategias en materia de gestión que están, en general, poco evaluadas y en ese sentido estamos gastando dinero público sin saber muy claramente cuál es su rentabilidad. Lomas en un artículo en el *Health Affairs* comentaba en el año 2000 lo mismo que has dicho tú en relación con el problema de la volatilidad, me parece que lo llamaba volatilidad de los indicadores o de los objetivos. Si continuamente estamos cambiando los objetivos, es muy difícil que ninguna organización funcione o vaya hacia delante. Y por último con respecto a lo de la gestión, no es tanto el que no sirvan experiencias del ámbito de la empresa. La cuestión es que muchos de los documentos, de los artículos, de las recomendaciones que se producen en ese tipo de revistas, el *Harvard Business Review* que es una revista conocida y referenciada por muchas personas, sobre todo por los grandes gurús de la gestión, se basa exclusivamente en opiniones personales o en historias. Hasta qué punto deberíamos aplicar cosas que se basan exclusivamente en historias es en el sentido un poco de la crítica que yo quería hacer. Muchas gracias.

Luis García Olmos: Yo creo y estoy de acuerdo con lo que dices, Jorge. No creo que sea necesario que los gestores tengan que hacer investigación, los médicos generales, los médicos de familia investigan el 5%. Es decir, a mí me parece que la clave puede estar, la cual desconozco y que en ese sentido probablemente los dos por vuestra experiencia podéis aportarnos luz, en ¿Cómo tomáis decisiones los gestores? Es decir, yo sí que sé cómo las tomamos en la clínica por mi experiencia previa, y sí que sé por lo que dicen las revistas qué hacen los médicos que están en la consulta cuando tienen incertidumbres, cuando tienen dudas. No sé muy bien cómo resolvéis estos temas los gestores. Eso sería la clave ¿qué consumís? Sergio (Minué) ha citado en varias ocasiones a Vicente Ortún, economista, claro yo me quedo muy pequeñito cuando le oigo hablar de epidemiología, de pruebas diagnósticas... probablemente por ahí van las claves ¿no? no lo sé.

Sergio Minué: Con respecto a lo que decías sobre cómo toman las decisiones los gestores, yo creo que es un tema apasionante, porque además es una de las últimas prioridades en materia de investigación en economía. En

ese sentido, yo creo que gran parte de las rutinas que también se comentan mucho y en los seminarios también se ha comentado este año en los heurísticos o los cortocircuitos o los atajos que tomamos a la hora de tomar una decisión determinada, lo que tiene que ver con el reconocimiento del modelo, el que en otra circunstancia parecida yo tomé una decisión similar. Creo que son posiblemente aplicables a cómo se toman las decisiones en gestión, y eso no significa que esas decisiones sean oportunas. Ése es un ámbito de conocimiento absolutamente clave: cómo se toman las decisiones en gestión, que sirven algunas de las investigaciones que se hacen en el ámbito clínico pero que son distintas, y en ese sentido, obviamente, yo creo que es una línea muy importante que debería trabajarse.

Pregunta

Pilar Rodríguez Ledo: Hola buenos días. En primer lugar agradeceremos vuestras presentaciones porque como siempre yo que soy Pilar Rodríguez y no me he presentado, antes de que me riñan, médico de familia de Lugo y médico asistencial, pues sigo aprendiendo y supongo que esto es lo que nos hace a todos estar aquí. Un comentario primero: totalmente de acuerdo con lo que has dicho Sergio (Minué). Creo que la investigación, el planteamiento que hagamos sobre él, tiene que cambiar, igual que está cambiando nuestra práctica asistencial. Uno de los méritos de la medicina de familia es que hemos conseguido o estamos consiguiendo que cambie y eso no ha ocurrido en todas las especialidades y a veces también tenemos que darnos cuenta de lo bueno que hemos logrado. Y que tenemos que usar la tecnología de un modo diferente, porque el impacto ha cambiado. Yo tengo la sensación que cuando salga de medicina clínica, de investigación clínica, vienen otros especialistas a jugar a mi terreno, con mis normas y después se miden con unas normas que son ajenas a mí y realmente me parece un juego injusto y seguramente entre todos habrá que cambiarlo y el cómo lo vamos a discutir aquí. Pero aparte de esto quería hacer dos comentarios: uno, lo que ha dicho Luis (García Olmos) sobre el impacto de las comunicaciones en los congresos. Me parece algo muy importante y de lo que somos responsables muchos de nosotros, todos, porque todos alguna vez hemos presentado alguna comunicación, seguro, y

porque muchos hemos evaluado alguna vez alguna comunicación y no conseguimos saber cómo sacar de ahí el impacto. Quizás en otras especialidades lo hacen mejor y lo consiguen, a lo mejor el problema está en que para nosotros la comunicación es un *finium medio*, no lo sé, eso es algo sobre lo que me gustaría conocer tu opinión. Y otro comentario a lo de Paco (Buitrago), sobre dónde nos informamos los médicos. Creo que tenemos que tener cuidado porque no siempre, como has dicho, reflejamos lo que realmente hacemos. Es indiscutible hoy en día que los médicos buscamos en Google, no en PubMed mayoritariamente. Pero nos pasa como hace años con lo de los documentales de la 2, que era lo que todos veíamos, lo que todos confesábamos, pero no era lo que más audiencia tenía, algo debe estar pasando. A lo mejor por una parte tenemos que dejar de tener vergüenza, de reconocer la verdad, no tiene por qué ser malo, y a lo mejor por otra porque estamos preguntando siempre a un grupo que no es necesariamente igual que el resto y ahí también creo que hay que tener precaución. Gracias.

Respuesta

Luis García Olmos: Trato de responderte a lo que planteas. No tengo información, los datos estos de los congresos españoles, son un grupo de Castilla la Mancha que ha hecho publicaciones sobre cuál ha sido el resultado final de la investigación que se ha presentado a congresos. Pero sí lo he explorado por otras vías, por ejemplo, en relación con esta jornada que tenemos hoy aquí: ¿qué pasa con las tesis doctorales? Hace bastantes años, mirando qué pasaba con las tesis doctorales, porque tenía la sensación de que muchas en España no acababan en publicación, pues me encontré que en la John Hopkins, el 40% acababan en publicación, es decir, probablemente la situación no es muy diferente de la nuestra. Y ahora, no he conseguido encontrar ese artículo y por eso no os he puesto información en ese sentido, pero he encontrado otro de Finlandia, donde el resultado era parecido. No más de la mitad acaban en publicación. Es decir, que probablemente, la inercia es la que es. Tú necesitas presentar algo en un congreso porque eso te da méritos curriculares, te facilita irte no sé donde, hacer lo que quieras, cumple su papel y ahí se muere. Pero no somos diferentes probablemente al resto del mundo,

y serán las cosas que hay que cambiar. Es una línea de mejora, sin duda. Y yo creo que tú has puesto cosas ahora mismo encima de la mesa. Dices: si somos más cuidadosos, más exigentes con las comunicaciones, con los trabajos que mandan, es más probable que el porcentaje de lo que se presenta en los congresos acabe publicado, sin duda. Pero puede que no ¿eh? En las tesis hay una valoración, hay un tribunal y finalmente no se publican.

Francisco Buitrago: Aprovechando ya también que estabas hablando Luis (García Olmos) sobre esto y que te lo preguntaba Pilar (Rodríguez Ledo), yo creo que no se consigue mucho impacto porque la investigación tiene muy poca calidad y siendo sincero la gente lleva cosas a los congresos para aumentar el curriculum. Me estoy acordando del residente que tengo, un R4 que ha terminado ahora, debe ser de los residentes en España que más cosas hechas tenga en comunicación en post. Ahora venía de Logroño, esta semana pasada, y había presentado 12 post, no sé cuantos, en fin lo tengo siempre y es muy bueno también, es muy trabajador en la clínica; pero este hombre está obsesionado con esto y debe tener no sé, yo creo que es el residente en mi vida que más cosas tiene. Entonces el tema de los congresos, yo creo que eso traduce lo que hay; es decir, en revistas y en lengua castellana de factor impacto ¿cuáles hay? Está *Medicina Clínica*, que tiene un nueve y pico, está la *Revista Española de Cardiología*, que tiene dos y pico, está la *Revista Clínica Española*, está *Nefrología*, está *Neurología* me parece y una de psiquiatría. *Medicina Clínica* es semanal, pero en *Medicina Clínica* no publican la cantidad de cosas que los internistas presentan también en congresos regionales, nacionales, de riesgo cardiovascular, de pluripatología, de no sé cuántas cosas hacen... Es decir, realmente y es así. Luego cuando te presentas a una cosa más sería como es la universidad. "¿Y usted cuántos tiene?" "Yo tres kilos de publicaciones", pero luego eso lo pasas por un filtro y no tiene factor impacto, es decir, yo puedo tener no sé cuántas publicaciones, pero lo que tengo de factor impacto real, son las cinco publicaciones que tengo de cuando hice la tesis en el año 86, que era algo así tan importante en medicina familiar con búsqueda de nucleótidos polifosfatos con hígado de rata con guanosina marcada, que le inyectábamos en la porta. En ese ámbito es lo que publican revistas de lengua inglesa, en revistas de bioquímica con factor impacto. En las plazas de profesor asociado de la Universidad de Extremadura, cuando se

convocan, los administrativos ya no están porque el currículum se quedan con él y para que no se le amplíe, porque hay especialistas que llevan dos carpetones así para optar a una plaza de asociado, pero dos carpetones así y no os engaño, de estos z dos o tres. Entonces, eso es lo que hay y yo creo no aumenta el impacto porque realmente lo que se busca es el currículum y no el impacto. Y eso realmente es así. La REDIAP tenía 17 nodos, lo ha comentado Luis (García Olmos), de 17 nodos a 6 o a 7 nos echaron al tercer año porque no teníamos factor impacto suficiente, entre ellos el de Extremadura. Ahí se ponen 17 nodos pero ya no están 17 y de ahí también la obsesión por publicar en alguna revista inglesa que tenga factor impacto que siempre es lo que nos dicen: "oye, como no publicuéis en inglés no existís" o en inglés o en *Medicina Clínica* o en *Revista Española de Cardiología*, pero para de contar. *Atención Primaria* va a tener factor impacto a partir de este año, pero no deja de ser una revista en castellano. Y luego con respecto a lo que me comentabas, yo cuando reflexionaba sobre este tema de si los médicos decimos la verdad, se me venía a la mente un poco lo que ha pasado en el País Vasco en las elecciones, con respecto a que el PP ha sacado más de tal, porque la gente tiene prurito cuando hacen encuestas decir que va a votar al PP. Y yo creo que nos sentimos a veces culpables cuando te dicen: "¿usted de dónde se ha enterado que la sitagliptina o que la vildagliptina o los inhibidores de la dimetil...? y te enteras muchas veces porque se los presenta el visitador. Aquí lo que estamos somos bichos raros que probablemente tengamos más interés en estos temas, pero uno trabaja con doce compañeros más y cada uno de aquí trabaja con compañeros que no todos tienen la misma ilusión por este tema. ¿Y dónde se informan? Lo que dicen los ingleses, creo yo, de los visitadores. Lo comentaba también Luis (García Olmos) o Sergio (Minué) me parece, en preguntarle cuando te planteaba una duda, en ver qué es lo que hace fulanito de el hospital, el internista y "oye de esto la gente habla bien y ahora resulta que están utilizando este fármaco y tal..." y lo que ves en los informes de alta hospitalaria cuando lo hace el adjunto y no lo hace el residente. Entonces yo creo que existe ese prurito a decir muchas veces, y yo creo que eso es así, la industria no se gasta el dinero inútilmente, la industria cuando genera el *Diario Médico* y te lo manda, y cuando manda gratuitamente el JARA, te lo manda porque sabe que, a pesar de la información de calidad que dan, eso influye en tu comportamiento. Y cuando un visitador te lleva a un especialista

y te dice: "oiga que la sesión, que te vamos a traer a fulano que te va a hablar del avance...", bueno del avance, y después me mete...y lo que quieren es que ocupemos la silla... y la Atención Primaria nos quiere muchas veces en este aspecto para sentarnos, no para estar en el estrado, sino para calentar el culo de la silla.

Luis García Olmos: Un comentario breve porque hay unas palabras pedidas en relación con lo que dice Paco (Buitrago). Estamos empeñados en que claro, las revistas de Atención Primaria no tienen factor de impacto, entonces tenemos que cambiar el sistema de medición del producto de la investigación en Atención Primaria porque salimos mal. Esa es una posibilidad. Otra: vamos a hacer que las revistas de primaria entren en el ISI para tener factor de impacto. Y la tercera, que está utilizando mucha gente en este momento: manda el artículo a una revista que sea específica y especial del tema del que va tu artículo y conseguirás un factor de impacto a lo mejor de cinco. Es decir, si has hecho un estudio de hipertensión en primaria no lo mandes a *Atención Primaria*, mándalo al *International Journal of Hipertension* o a no sé donde y eso se está haciendo en este momento, lo está haciendo gente en España porque tienen más factor de impacto. Yo creo que cerrarnos en que la única vía que tenemos de cambiar las cosas es tirando por la borda la forma de valoración de los méritos, lo cual nos puede llevar a un callejón sin salida. Tendríamos que tener en cuenta nuevos sistemas.

Pregunta

Miguel Ángel Ripoll: Buenos días y gracias a todos por la participación que para mí ha sido muy productiva. Yo quería hacer un comentario y no sé si igual que se estaba hablando antes de la píldora roja, de la gerencia única y de este tipo de cosas. Si partimos de la premisa que la investigación es buena y hace falta, entonces me parece que es otro mantra, visto lo visto. Cuando llevamos los años que llevamos y podemos decir, que la gente que ha estado investigando hasta ahora en primaria es gente realmente voluntariosa, capacitada. A veces creo que no ha habido excesivo amateurismo y ya digo, es la gente más interesada aunque haya sido una afición personal muchas veces.

Y en esa situación lo que vemos ahora es que la producción teóricamente es poca, pero luego vemos que lo que se produce parece que es ingente, comentaba Francisco (Buitrago), en general de baja calidad, redundante e irrelevante. Entonces mi planteamiento sería ¿pensáis realmente que esta pretensión de incentivar la investigación, de que todo el mundo se ponga a hacer y que en muchos sitios parece que es una nueva salida para aumentar la autoestima en muchos profesionales asistenciales que una vez, bien hartos de asistencia o de lo que sea, parece que el investigar o presentar algo en un congreso está bien y habría que ponerse a ello? Entonces el comentario o mi pregunta sería si esto es útil o no, si no habría que reorientar y posiblemente más que decir que todo el mundo se ponga a investigar, quizá mi propuesta sería hacer preguntas que puedan tener interés y no sé si agencias, grupos muy concretos, diseñar metodología para intentar dar respuesta y si es a mayor nivel. O sea, por ejemplo a nivel nacional, a dar respuestas a que se puedan dar, digamos mejor. El tema de estar haciendo en cada centro de salud pruebas de hipertensión resultado del ejercicio físico en un grupo determinado de población, creo que efectivamente lo único que hacemos es trabajar en balde, si nos entretiene pues, bendito sea pero no deberíamos tampoco estar estorbando mucho con esto. Muchas gracias.

Luis García Olmos: Os doy la palabra a los dos brevemente, hay una palabra más pedida y terminamos.

Respuesta

Sergio Minué: Yo creo que la idea que siempre hemos tenido desde que éramos residentes de que todos tenemos que ser muy buenos como clínicos, como docentes y como investigadores, por la dificultad que tiene ser buen clínico, buen docente y ser buen investigador, posiblemente es imposible. Lo que sí que creo, es que todo el mundo tenga que hacer investigación en Atención Primaria, ni mucho menos y menos en gestión y tampoco creo que los gestores tengan que hacer investigación. Lo que sí es importante, es que las decisiones que se toman, ya sea en la clínica o en la gestión estén relativamente informadas y no respondan simplemente a que he leído *Quién se ha*

comido mi queso que es el gran libro de la gestión. En ese sentido a mí me parece que es imprescindible tener financiación que permita dar respuesta a determinadas preguntas en el ámbito de la Atención Primaria y en el ámbito de la gestión. ¿Quién debe dar respuesta a eso? Pues evidentemente se puede hacer a través de redes, a través de investigadores específicos que trabajan en áreas concretas, y no hace falta que sea todo el mundo, pero sí que es necesario desde mi punto de vista dar respuesta a eso.

Francisco Buitrago: Yo prácticamente también comparto lo de Sergio (Minué). El tema de la utilidad, la carrera profesional, yo creo que la investigación aumenta la autoestima y el prestigio, la satisfacción de uno. ¿Tiene que investigar todo el mundo? A nosotros nos pagan por ver pacientes, por tomar decisiones con los pacientes y lo lógico y exigible es que esas decisiones las tomen sobre una base científica y las tomen de una manera justificada. Para eso es importante la investigación de calidad, es decir, se hace mucho por el curriculum y eso es así. Te lo exige también la propia empresa. En Extremadura por ejemplo, la carrera profesional incentiva que presentes y da lo mismo que sea un post, que sea tal, la gente quiere tener un nivel más en la carrera aunque el primer año haya sido por el tiempo de trabajo, toda la gente que tenía más de 21 años y nos han puesto ya en máximo nivel y ya da igual que te pudras de tal que ya tienes el máximo nivel, es decir, que ya de ahí no pasas. Pero a la gente que está en los otros niveles, les exigen para pasar. Entonces esa utilidad curricular de la investigación la tiene porque te la exigen, lo que pasa es que se fomenta la investigación de baja calidad. Es decir, yo creo que no todo el mundo tiene que investigar y la gente que tenga este prurito, es decir, hay gente que en Atención Primaria le gusta la poesía, le gusta el humanismo y yo creo que eso es más importante muchas veces para ser buen médico que el estar investigando en regresión multivariante. Pero al que tenga ese prurito también investigar en regresión multivariante o en investigación cualitativa también es importante. Yo creo que hay que respetar un poco la opción vital de cada uno, pero promocionar investigación de calidad a veces no es hacer todos lo mismo y hacer que Villarubia de Abajo la prevalencia del 45 y la de arriba del 46 y esto lo presento en el congreso y ahora lo modifico y lo presento en el regional. Pero pienso que también la administración pervierte esto porque es con lo que se nos evalúa, es decir, ¿a mí me evalúan de que yo ma-

ñana llegue allí y empiece la consulta a las 9:30 y me vaya a las tres y pico? A ellos les da igual, les importa si usted deriva mucho, si gasta mucho, pero si yo me tiro allí con los pacientes y estoy una hora y no me da tiempo ni a orinar y cuando salgo a las dos y pico voy con la próstata ya que revienta... ¿eso quién me lo valora a mí? Que al final cuando me dicen: "¿y usted qué tiene?" "pues mire yo que soy fulanito que trabajo tanto" "bueno y aparte del trabajo, que dice que trabaja mucho y que está reventado a mí que me dice usted" y luego te piden, y te piden... "pues mire, yo he presentado en Plasencia y además en Mérida y en Logroño y mi tocho" y cuanto más, más....

Luis García Olmos: Muchas gracias a todos. Yo creo que estamos ya fuera de plazo hace un momento. A mi me parece que si tendríamos que sacar unas conclusiones en tres líneas, un "*bottom line*", yo creo que la investigación en Atención Primaria claramente ha aumentado, yo creo que ha mejorado la calidad, desde el punto de vista metodológico, necesitaríamos más ensayos clínicos, más revisiones sistemáticas, necesitaríamos que pernease más hacia los gestores, hacia los políticos, hacia los propios clínicos. Ese es un problema que es internacional y decir que la situación aquí no es ideal o que no es buena, no aporta nada. Yo creo que lo importante de esta mesa, del rato, de la discusión que hemos tenido es que podemos identificar áreas de mejora y el reto es cómo podemos hacer para mejorar la situación en el futuro, cosa que espero que nos ayude con la siguiente mesa.

Mesa02

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

►► Ponente y moderador

Concepción Violán

►► Ponentes

Rafael Cofiño

Pilar Rodríguez Ledo

►► Turno de preguntas



Ponencia

Concepción Violán

Gerente. Instituto de Investigación en AP (IDIAP). Fundación Jordi Gol. Barcelona.

¿Os podéis ir sentando por favor? Bueno, como veo que si no empiezo nadie me va a hacer caso, voy a empezar. Empezaremos la segunda mesa de estas jornadas de investigación. En primer lugar quisiera agradecer a la Fundación de Ciencias de la Salud y en especial a Juan Gérvas, que hayan tenido la idea de invitar al IDIAP Jordi Gol para participar en la organización de estas jornadas. Sin más preámbulos, porque el tiempo apremia, en esta mesa me acompañan Pilar Rodríguez, que es médico de familia, como ella dice, médico de familia rural, que aunque en estos momentos trabaja en un pueblo grande, como ella también dice, en la ciudad de Lugo. Y por el otro lado me acompañará Rafa Cofiño, que tiene una visión y un perfil profesional diferente del de Pilar aunque también es médico de familia, puesto que trabaja en los servicios de salud pública de la consejería de Asturias. A ellos les quiero agradecer su presencia en esta mesa y ya sin más preámbulos y si a ustedes les parece bien empezaré mi presentación.

Empezar a pensar en la investigación que precisamos en un futuro en atención primaria inicialmente me fue fácil. Pero después, a medida que los ponentes iban enviando opiniones y artículos, se iba complicando el tema en qué podíamos aportar de nuevo que no se hubiera dicho en las otras mesas. Me pareció importante introducir un dato que no se había comentado, que son tres aspectos que hacen referencia básicamente al soporte económico que necesita la investigación en atención primaria, con reflexiones que no pueden dejarse de tener en cuenta en el entorno respecto a los servicios de salud. Y comentar que en los últimos años y de la información que hay disponible, en el quinquenio 2000-2005, el gasto en salud creció un 35%, mientras que el PIB, lo pueden ustedes consultar en el último informe de salud de la OMS en el mundo sobre la situación de la atención primaria, el PIB creció un 0,8%. En Estados Unidos, que es el país en el que más se dedica en gasto en investigación, siendo el porcentaje anual un 5,6%, sólo el 0,1% se dedica a

evaluar la eficiencia de las intervenciones. Con un problema añadido, y es que las administraciones o los servicios que se investigan en salud son con objetivos a corto plazo. No voy a insistir más en cuáles son las oportunidades de la investigación, porque ya las han comentado los ponentes previos. Pero sí recordar un elemento que no ha salido y que me parece importante y clave para la investigación en atención primaria, y es la necesidad de un enfoque psicosocial en el que no tan sólo se valore la efectividad, sino la eficacia de las intervenciones. Y sobre todo también la relación profesional-paciente.

Para la presentación estuvimos haciendo un ejercicio que ha sido compartido con otros compañeros del IDIAP, sobre cuál sería el papel importante de la atención primaria y cuáles de los principios fundamentales que Barbara Starfield ha propuesto desde hace ya muchos años (y otros autores como Juan Gérvas), que se deberían investigar y también sobre las políticas de gestión. Para realizar este trabajo se han dedicado horas de revisión y de lectura de proyectos o investigaciones que llevamos a cabo en el IDIAP y de algunos compañeros que han participado o continúan participando en los seminarios de investigación. Por comentar un dato sobre el que he trabajado y del que estoy pendiente de una publicación sobre cuál es el papel de los servicios de urgencias, si uno analiza todos los modelos organizativos de los servicios de urgencia, tanto en atención primaria como hospitalaria, se observa que no hay ensayos clínicos que evalúen la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los diferentes modelos organizativos en atención primaria, que las publicaciones no son de. Esto sirve de ejemplo, porque lo que me interesaría comentar es que sobre los principios o los fundamentos de la atención primaria, hay aspectos que me parecen clave y son los que lanzo al auditorio como proyectos que deberían investigarse en un futuro. ¿Qué sabemos y qué conocemos del perfil de los médicos y de los profesionales de primaria en el manejo de enfermedades crónicas? ¿Tenemos claros cuáles son los mecanismos que interactúan en la comorbilidad y, por tanto, en la mejor atención que prestamos a los pacientes? ¿Cuáles son las implicaciones de la comorbilidad en la calidad de la prestación de los servicios? Y ¿cuáles podrían ser los factores predictivos en la progresión de la enfermedad y en la mortalidad en los pacientes que tienen comorbilidad? Estos son aspectos que muchos otros profesionales o clínicos no trabajan y que son claves y que deben dirigir el futuro a aspectos

específicos. Es decir, quería pararme sólo un segundo y decir que la investigación en primaria no será relevante si no conseguimos encontrar un nicho de conocimiento en el que se investiguen temas que otros investigadores, sean clínicos o no, trabajen en esta materia.

Sobre las políticas de gestión en la primaria, son muchos los aspectos que se pueden evaluar: sobre el proceso de la reforma primaria en España, sobre la evaluación de las diferentes políticas de gestión que se han puesto en marcha en nuestro país, cómo se pueden optimizar los recursos, la financiación, cuáles son las expectativas y valores de los pacientes. Temas que parecen clave para el buen desarrollo y el progreso y sobre todo la aceptación social de los médicos: cuál es la calidad de los sistemas de información y también qué aspectos sobre la prevención de los servicios y el daño se deberían investigar. Algunos de estos aspectos los pasaré de forma muy rápida y sólo comentar un gráfico una publicación ya de algunos años, del año 99 en *Atención Primaria*. Uno de los pocos estudios, como antes comentaba Paco Buitrago, en el que empiezan a demostrarse resultados en salud sobre la actuación de los equipos de atención primaria y del modelo organizativo. En él se demuestra que el cambio del modelo organizativo de la atención primaria en España influyó sobre las tasas de mortalidad. No quiero poner más ejemplos porque han salido ya en las otras presentaciones, pero sí que hay que insistir en que todos los estudios que hablan de la reforma son locales, parciales, no están publicados en revistas científicas. Pero el futuro en este ámbito sobre los modelos de gestión en España o en otros países deben ser de ámbitos más globales y además más participativos. Sobre las políticas de *benchmarking*, no quiero explicar lo que son pero sí decir que todos los estudios que hablan de gestión necesitan, evaluar los resultados en salud y no sólo el proceso, introducir elementos de evaluación individual del trabajo, y no sólo de los servicios sino también de los profesionales. Introducir diseños estadísticos más potentes y además, evaluar de forma conjunta diferentes ámbitos o actuaciones. Además de introducir también métodos de evaluación, básicamente de metodologías cualitativas. La cita que pongo aquí es de un proyecto que se inició en Barcelona liderado por Amando Martín Zurro que se denomina MPAR-5. Pretendió ser un modelo y una punta de lanza que luego no se ha creído, no se ha podido continuar, de evaluación cuantitativa y cualitativa de los servicios de atención primaria, con

propuestas innovadoras, como la simulación de pacientes y grupos focales, y no tan sólo indicadores obtenidos de los datos de las historias clínicas.

De optimización de recursos: ¿qué deberíamos trabajar? Todos sabemos que hay un *gap* importante que se está acentuando en los últimos años y que se acentuará entre los recursos que disponemos y las necesidades y demandas que la población necesita. Por tanto, es muy importante que todos los proyectos y formas innovadoras de gestión, como pueden ser: la coordinación de primaria y especializada, la creación de nuevos servicios, nuevos modelos organizativos en urgencias o la mejora de los servicios domiciliarios y la promoción o la autocura de la enfermedad, por poner algunos ejemplos, se realicen siempre sin renunciar a los atributos esenciales de la atención primaria. Respecto a la financiación, si partimos de un dato de un trabajo de Juan Simó publicado hace poco en *Atención Primaria* sobre la renta *per cápita* que se dedicaba en España, lo que queda claro es que las políticas financieras no apoyan a los sistemas de salud y en especial a la atención primaria. Por tanto, sí que es importante realizar estudios que demuestren la relación entre los recursos que se dedican a la atención primaria y los resultados en salud, y también los resultados en salud en función de los modelos retributivos que se aplican a los médicos.

Un tema importante son las expectativas en los valores de los pacientes ¿qué conocemos? Creo que es importante detenerse en lo que dice uno de los expertos en la evidencia como es Haynes y que algunos de vosotros también habéis citado anteriormente. Él insiste en que no se puede hablar de medicina basada en la evidencia o de práctica basada en la evidencia, sin tener en cuenta las preferencias en las expectativas de los pacientes. Por eso, cuando hablamos de evidencia y de guías de práctica clínica, no es tan fácil, sino que la situación la complicamos más, ya que hay que tener en cuenta el valor de la atención recibida, y ésta no sólo se mide por el resultado, sino también por la forma en cómo se realiza la atención. También quiero recordar que el valor para el paciente es muy distinto en función de si debe esperar mucho tiempo en la consulta, si se le ha tratado de una forma correcta y si ha recibido la cantidad y la calidad de la información que estaba esperando. Sobre los sistemas de información no me voy a entretener, pero sí quiero presentar un gráfico

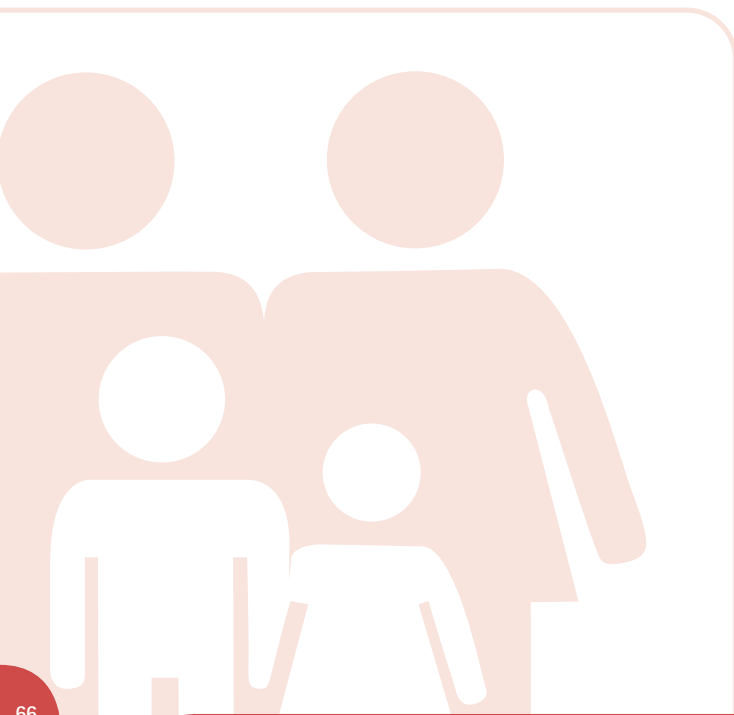
que hace 4 años nos pasó Douglas Fleming, médico que trabaja en Inglaterra. Decía que los sistemas de información, en este caso los ingleses, no servían para la investigación, pero sí para la observación de los profesionales y para la toma de decisiones. En este ejemplo que Paco (Buitrago) comentaba antes de las otitis media, se ve cómo, coinciden los cuadros de catarrros comunes con la misma evolución de las otitis medias, *ergo*, no hace falta dar antibióticos para el tratamiento de las otitis. Quiero decir que hay observación, que aporta y esto me parecía un dato importante.

Respecto a conclusiones, quizá incidir en dos aspectos respecto a los sistemas de información: que deben desarrollarse sistemas de información que sean apropiados para la gestión, y que estos no necesariamente deben implicar a todos los profesionales; y que además los sistemas de información que se utilicen para la investigación deben ser de un rigor exquisito para que las conclusiones puedan ser ciertas, porque si no, nos podemos encontrar que los datos no son válidos y no sirven para nada.

Respecto al beneficio de los servicios de la prevención del daño, es importante decir lo que Muir-Gray comenta en su libro: que siempre hay que tener en cuenta que cuando se da un servicio hay que mirar si tiene valor o si no lo tiene, y a partir de aquí tomar las decisiones adecuadas para dejarlo de implantar, o poderlos proporcionar en servicios en los que no se están dando. Así que es importante insistir en que es muy necesario en cualquier tipo de investigación que se realice en primaria, analizar la relación entre los beneficios y el daño obtenido y tener en cuenta que el valor depende mucho de la percepción del profesional, del paciente y la del gestor. Así, sobre las conclusiones diríamos ¿cómo podemos cambiar esta situación e impulsar la investigación en primaria? Pues a modo de resumen, es importante impulsar cambios en los que domine la investigación, la imaginación y sobre todo la inteligencia de las organizaciones. Impulsar plataformas y redes como las que anteriormente se han comentado. Que el nuevo conocimiento se obtiene a partir de dos fuentes: de las revisiones, pero también de la experiencia. En esto quiero insistir que tenemos muchos ejemplos en la clínica, que luego se han contrastado con datos de investigaciones potentes. Es importante desarrollar nuevos proyectos de investigación y no comentaré más el tema de la historia

clínica informatizada, pero también es un elemento importante difundir los resultados, tanto en las publicaciones como en sensibilizar a los actores en los diferentes foros y ponencias que podamos realizar. Sobre todo, implementar estrategias de *payback*, que permitan tener otra manera de medir la investigación y el impacto real que no sea sólo el factor de impacto.

Por último decir que es imprescindible tener un soporte político y económico porque si no, no es posible investigar. Como decía Juan (Gérvas) al principio de la jornada, las políticas introducidas recientemente por el MINCI en las que se fomenta la investigación básica y se olvida la clínica, son la conclusión de que los evaluadores del FIS y los políticos han dado fuentes de financiación a proyectos que no son la investigación en servicios o la investigación en atención primaria. Agradecer a Boni Bolivar y a Enriqueta Pujol su colaboración en esta ponencia y daros a todos las gracias por permitirme realizar esta presentación.



Ponencia

Rafael Cofiño

Jefe de Servicio de Salud Poblacional.

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias

¿Cuántos de los que estáis en la sala sois médicos? ¿Cuántos no sois médicos? ¿Cuántos de los que estáis lo que coméis a fin de mes, para alimentar a los vuestros, depende directamente o en gran proporción de fondos públicos del nacional de salud? ¿Cuántos habéis leído el texto del que me toca hablar a mí en la charla? ¿Cuántos habéis escuchado a Beirut? Soy muy disperso hablando. De hecho no sé muy bien, cuando Juan (Gérvas) me invitó a estar aquí, por qué tengo que estar aquí, porque no soy un experto en investigación, ni en atención primaria. Para trabajar en lo que os voy a presentar hoy, lo que hice fue contar con gente que pienso que era experta en estos temas o que tenía una aproximación más clara. Este es el *Wordle* de las palabras de todos los textos que enviamos a la jornada de hoy. Para hacer el texto, utilizamos una metodología muy innovadora, que es colgar un documento en *Google docs*, un documento abierto, *online* a un grupo de gente determinada con tres preguntas. La gente empezó a escribir. Invité a una muestra muy seleccionada de unas 50 personas. Si trabajasteis con *Google docs* alguna vez en un documento colaborativo, el documento cerebro es una joya en cuanto que es una riqueza de las aportaciones de gente. Incluso al final, borramos quién había aportado cada cosa y es un texto *Wiki* hecho por un montón de gente e incluso se satura información con textos de otras mesas, de la primera y de la tercera mesa y con textos de bibliografía clásica o de otros temas. Cuando escribes el texto es muy rico: si tú estás escribiendo, de repente abajo aparece también que Miguel no sé que también está escribiendo, Valentín también está escribiendo, puede haber tres o cuatro personas escribiendo a la vez en el mismo texto. Una primera reflexión de partida es que la historia del conocimiento y la filosofía de la ciencia, ahora mismo es ese puntito pequeño... El puntito éste donde estamos ahora mismo con la filosofía de la ciencia y la historia del conocimiento, es decir, cuando nos reímos del anuncio del yogur que habla de que está probado con la mejor metodología científica, dentro de 50 años se morirán de risa de

nosotros cuando hablamos de metanálisis, de Cochrane, etc. Yo me acuerdo perfectamente cuando oí hablar de Cochrane y no era hace mucho tiempo y desde luego dentro de 50 años cambiará todo de forma espectacular.

La segunda reflexión es qué atención primaria queremos. Nuestra unidad morfológica cuando estamos hablando aquí y ahora de atención primaria es la consulta de un médico de familia en un centro de salud. Eso no es atención primaria o por lo menos no es el modelo de atención primaria que originalmente gestiona este tipo de atención. Atención primaria probablemente sea el esquema de Dahlgren, de factores que intervienen en salud, donde el servicio sanitario, la consulta, es algo muy importante pero muy pequeño. Y también hay que tener en cuenta que cuando un médico de familia pasa consulta, hace clínica en un 30% de lo que está viendo. No me atrevería a decir porcentajes, pero también mucho de lo que está haciendo es arte: levantarse, acoger al paciente, mirarlo, hacer un diagnóstico diferencial, valorar distintos tratamientos, actuar y demás, son cuestiones que dependen mucho más del arte que de la ciencia. Hablamos siempre de la incertidumbre y luego al final recurrimos siempre a una evaluación de metodología de investigación muy mirillera para decir lo que es correcto o no en investigación en atención primaria. Javier Segura, un salubrista de aquí de Madrid que sí que aportó al texto, decía que realmente hacemos atención primaria profesionales que no estamos formados en atención primaria, sino en clínica. No sé cuántos residentes, cuando acaban su residencia, conocen esto y la importancia que esto tiene para los procesos de salud y enfermedad de la población.

Uno de los elementos clave que salió en la mesa, en el texto que trabajamos, es la investigación traslacional. Sashman, en un artículo muy interesante de 2006, hace una síntesis muy bonita de lo que es la investigación traslacional, que es como lo del cuento del traje del emperador, es decir: publicar no es investigar. Publicar es hacer *petting*, es hacer una primera aproximación de caricias. Realmente investigar es culminar lo que estamos haciendo. Y no culminamos en un 90% de las veces, como decían los compañeros de la primera mesa de la investigación que se publica. Algunas de las conclusiones de los textos, como un análisis cualitativo que hicimos basado en los textos, las presento a continuación –algunas cosas ya salieron en las mesas–.

En investigación en atención primaria, poca investigación, barreras, poca visibilidad, validez interna –un tema que Juan también aportó en su texto–, mala triangulación entre niveles políticos, en gestión y de clínica y una brecha académica. Hay gente que sabe muchísimo de muchas cosas pero eso no llega a ningún sitio. Barreras en recursos o en tiempos o en los sistemas de información que también decía antes Paco Utero. Efectos secundarios y relevancia: publicar no es investigar y ahora mismo hacemos una investigación orientada a la publicación y el efecto secundario del onanismo; es decir, hay gente que hiberna durante todo el año y se ponen cachondos cuando salen los FIS, hay gente que se estimula con los FIS y gente de todos los niveles y que su vida, su ciclo anual de reproducción está orientado al FIS. También quedó claro que en primaria tenemos un campo propio: colectivos vulnerables, incertidumbre y necesidad de un abordaje biopsicosocial. Y una necesidad de los actores, a nivel de satisfacción y en la población en términos de efectividad. Propuestas que se plantean o que planteaban los autores del texto que trabajamos. Yo creo que, probablemente, el tema más relevante de todos es que si fuéramos un foro internacional, publicáramos en inglés y nos moviéramos en grandes círculos. Esto sería yo creo lo fundamental; también se hablaba en el texto, y algún compañero lo decía, de la nueva gramática. No tenemos todavía definida una nueva gramática para lo que es la investigación en atención primaria. Es decir, investigar en atención primaria, en un contexto donde hablamos de incertidumbre en consulta y de factores determinantes y sociales de salud es, no solamente hablar de una metodología, insisto, mirillera, como puede ser lo cuantitativo, sino que es complementar epiclínica, episocial, cual –y cuantitativa, investigación acción– participación e investigación evaluativa. La triangulación yo creo que es el otro eje fundamental. El año pasado en las unidades de investigación en atención primaria, hablábamos del montón de actores que intervienen en prevención; hay artículos muy interesantes sobre toda la gente que interviene en prevención: clínicos, gestores, empresas farmacéuticas, intereses individuales de no sé qué.

En investigación ocurre lo que en Asturias decimos es un maravallo. El tema de investigación en cuanto a los actores que participan es como una película de romanos con muchos extras: hay intereses de instituciones individuales, de fundaciones, de la administración pública, de investigadores, de

redes de investigadores. El problema de investigar ahora mismo y de por qué la investigación no culmina, es un problema geopolítico y geoclimático. Lo dijimos un poco de broma hoy en el desayuno: forma parte de la idiosincrasia de nuestro país, no hay una cabeza que sea capaz de aglutinar los distintos agentes que están actuando en investigación y si nos quedamos en hechos muy puntuales.

Otro de los temas fundamentales para esa necesidad de triangular lo que es la política, gestión y clínica que también comentaba Sergio (Minué), es coordinar el tema de prioridades, financiación y los agentes que se encargan de investigación. La importancia del difundir y la *web 2.0*. La propuesta final es ésta. Y son dos preguntas importantes: una es si realmente dentro de nuestro sistema nacional de salud tenemos claro qué modelo, qué filosofía de salud queremos optar y sobre todo saber en qué estado político estamos desarrollando ahora mismo esas circunstancias y qué intereses hay detrás de esos actores que intervienen en investigación. Generar un paraguas organizativo grande que sea una agencia nacional tipo Nice, que recoja financiación, aglutine instituciones públicas, sociedades científicas, ámbito académico, privado, industria farmacéutica incluso. Sería una agencia global que se encargara sobre todo de priorizar y definir qué ejes estratégicos de salud queremos dentro de un sistema nacional de salud. Todos tenemos nuestra experiencia personal de trabajo, en ámbitos más microclínicos o de gestión más macro, y sabemos ahora mismo que esto es francamente complejo. Pero realmente mientras no consigamos un paraguas global, las perspectivas de poder avanzar mejor van a ser francamente complicadas.

Las tres grandes propuestas de ejes estratégicos se correlacionarían un poco con los que propone también NICE: desarrollo de práctica clínica que responda a las preguntas pequeñas, pero fundamentales, que hacen un médico y una enfermera en un centro de salud; grandes preguntas de salud pública; y la evaluación de tecnología, entendiendo todo tipo de tecnologías, no el aparatito de última hora que es muy interesante meter en el hospital de no sé donde. Dos propuestas finales: una que hacemos en plan de broma, aunque no es tan broma, que es proponer una moratoria de la investigación. Durante un año cerrar todos los chiringuitos de investigación que se estén montando

ahora mismo en España y dedicarnos a organizar lo que ya tenemos para poder mejorarlo. No es malo, probablemente no vamos a mejorar mucho más la salud de nuestra población investigando más, sino organizando lo que ya tenemos hecho. Sería incluso añadir una cláusula de aplicación de proyectos de investigación. Un proyecto de investigación que no tenga una aplicación real de qué, quién, cómo, dónde y cuándo no tiene que seguir adelante, porque lo único que puede generar es confusión. El segundo aspecto fundamental sería el tema de la creatividad, como decía Concha (Violán).

Muchas gracias.

Ponencia

Pilar Rodríguez Ledo

Médico. Centro de Salud de Fingoí. Lugo.

Responsable Grupo Metodología y Apoyo a la Investigación de SEMG (MAI)

Buenos días a todos. En primer lugar quiero rápidamente agradecer a las dos fundaciones que están organizando esto y que además me han invitado a venir aquí, por el hecho de ser médico de familia. Lo que pretendo es hacer una exposición de lo que es un médico de familia clínico y lo que supone para la investigación. Mi exposición no va a ser tan importante a nivel teórico, como todas las que han precedido, pero sí que voy a recoger lo que ha dicho Rafa (Cofiño): a veces no hablamos de la atención primaria. Cuando hablamos de qué investigación necesitamos, quiero recordar de qué punto parto. Os lo presento aquí respecto mi centro de salud. Yo soy un médico básicamente clínico que hago investigación, después veremos cómo. Lo que os voy a presentar no es nada basado en la evidencia, lo siento, creo que hablando de futuro no tiene nada que ver con esto. Es simplemente una experiencia, una versión personal de lo que yo siento y además padezco en este terreno y como evidentemente no soy el ombligo del mundo pues he intentado traerlos aquí unos amigos que me van a ayudar a explicar lo que es. Reflexiones compartidas que a continuación os presentaré. Y todo esto para hablar sobre algo que es una propuesta de futuro, que es una declaración de intenciones y por tanto, a lo que se va a prestar es a la reflexión y a la discusión. Por supuesto todo es subjetivo y espero que lo podamos discutir a continuación. Y sobre algo que realmente nos importa a todos.

La investigación clínica parece ser que es importante para nosotros y nos ha traído aquí. Ha hecho que Juan (Gérvás) se dedique a traernos y a recolectarnos a estos eventos. Y aquí os presento lo más importante, que es lo que somos los médicos de familia. Los médicos de familia somos a los que nos pagan por trabajar en la asistencia. Es así de sencillo, nos pagan por eso, y lo único que se espera –después de muchos años de trabajo, me da a mí la sensación– es que no salgamos en el periódico por nada excesivamente malo.

Pero sí que tenemos una característica aparte y es que además de nuestra jornada laboral, somos capaces de reunirnos para hacer otras cosas como éstas. La investigación para nosotros es como esto, es una actividad aparte. Nos pagan por trabajar en clínica y aparte hacemos otras cosas; una de ellas, investigar (o no). Pero debe ser que lo mismo es verdad esto de la desconexión que hay entre la investigación básica y la investigación clínica,... pues debe ser que existe. Hace una semana justamente nuestra ministra de innovación que ha citado antes Concha (Violán), ha dicho que hay que mejorar esa conexión y que además es necesaria una rápida traslación de los resultados de la investigación de la cabecera del paciente. Que hay que reducir esa brecha. Lo más meritorio de esto no son los medios que ha puesto, sobre lo que Concha (Violán) ha hecho un comentario sutil y no voy a decir más sobre ello, sino el reconocimiento de que la brecha existe, que ha existido, como decía Luis (García Olmos), desde hace muchos años y que seguimos en lo mismo y vamos a seguir hablando de lo mismo. Esto también tiene su implicación. Antes de discutir todo esto, como médico de familia, yo quisiera saber dónde me muevo, qué es, qué se pretende que sea la investigación en atención primaria: una parte de nuestros compañeros hacen investigación, otros clínicos y algunos están en medio intersección.

Pero si yo lo que me planteo es que la práctica clínica surja de la investigación, el modelo es muy distinto. Y si el modelo es distinto, la puesta ha de ser distinta. Si me planteo o nos planteamos la investigación dentro de la práctica clínica, sin embargo no se acompaña de los recursos para que sea verdad. Es otro modelo, opiniones hay de todo. Existir, existen. Yo vengo de Lugo, donde se dice que las meigas, haberlas haylas. Nos gustaría quizás un mundo único donde práctica clínica e investigación estuvieran conjuntamente. Nos gustaría, pero sabemos que no es la realidad. Lo que sí sabemos es que lo que nos gustaría es que, aceptado un modelo en el que nos aclaramos todos a qué jugamos, juguemos todos a él y entonces nos adaptamos. Pero primero vamos a elegirlo, porque mientras tanto ¿qué hacemos? Yo, voluntariamente, en mi tiempo libre, investigo. Lo hago al margen de este sistema y me busco la vida como puedo. De ahí intentar sacar algo en blanco pues es milagroso, y así sale lo que sale. Creo que no soy pesimista, creo que sale mucho, para lo poco que entra, pero muchísimo. Y dentro de todo esto, la atención primaria ¿dónde

está? Ya os dije que yo tengo la sensación de que otros juegan en mi terreno, ponen sus normas y encima me miden por ellas. Intento sobrevivir en eso. Los médicos de familia vemos con buena cara la investigación clínica, creemos que los pacientes juegan el papel principal en ella, pero nos gusta menos la investigación básica. ¿Por qué? Porque no lleva todo lo que necesitamos para hacerla nosotros y sabemos que lo que sí necesitamos es esa investigación que aglutine. Y para eso necesitamos ayuda.

La investigación clínica es el último eslabón de esta investigación biomédica. Si no se llega a culminar ese eslabón, con o sin publicación al final, lo decía Rafa (Cofiño), pues seguramente a los médicos de familia nos pone menos el sistema y el FIS y a lo mejor no llegamos a culminar, pero si no llegamos a esa aplicación final, no tiene sentido. Y para eso, las dos, ambas, tienen que tener la misma relevancia, la misma calidad y el mismo rigor metodológico. A veces hablamos de impacto, de relevancia, cuando el tema es grande y se basa en el análisis de un gen, de un no sé qué... pero yo tengo muy serias dudas. Sinceramente pienso que tengo más impacto cuando a mis compañeros de trabajo les cuento algo, que cuando publico en *Medicina Clínica*. No sé vosotros, pero creo que hay un impacto para mi curriculum y entonces necesito kilo folio y un impacto para la aplicación y los veo diferentes. Desde luego, la relevancia es indiscutible. Está claro que hay un marchamo de calidad asociado y eso tenemos que verlo. Hay una situación que queramos o no está ahí. Las cosas cambian, porque no todos tiramos al cambio y porque hay una inercia. Y esa inercia se puede llamar cambio socio-sanitario, se pueden llamar avances del conocimiento biológico, avances técnicos de la tecnología de la información, lo que queramos, pero el paradigma tradicional de la investigación está cambiando, tenemos que cambiarlo y apuntarnos en esto.

Todo este cambio parece que está claro: que es necesario investigar en equipos multidisciplinares, en equipos multicéntricos, por ejemplo las redes. Pero todo esto no llega a todos los médicos de familia que quisieran investigar. Yo discrepo con los anteriores ponentes, porque creo que cualquier investigación bien hecha debe promocionarse. ¿Por qué? Pues a lo mejor porque estamos pensando que lo que no llega no sirve y a lo mejor hay que hacer 50 para que lleguen 5, a lo mejor es una inversión, hay que verlo.

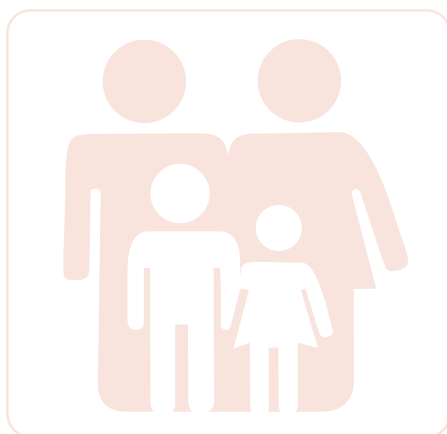
En mi equipo somos 16 médicos de familia, 19 enfermeras, 3 pediatras, 1 odontólogo, 1 farmacéutica, 5 administrativos,... Una buena tropa. Como todo el mundo quería opinar y era mucho, hicimos dos sesiones donde estas 38 personas opinaron. De esas 38, 8 están en proyectos de investigación, de más o menos importancia, importancia social me refiero, todos intentan hacerlo bien hecho y me consta que metodológicamente cada vez son más correctos. De esos 8 sólo 1 está en proyectos nacionales o internacionales. Y me encantó lo de Rafa (Cofiño) y no me puedo resistir, también pasé mi texto por el *Wordle* y salieron cosas que realmente reflejaron lo que era más importante para nosotros: la evaluación, la calidad, los profesionales, el trabajo, eso sigue siendo importante para los médicos de familia. ¿Y qué investigación necesitamos? Porque claro, comentaba yo con mi amigo Francho antes, que todo depende de la pregunta que me haga. Si yo me pregunto: ¿estás a favor de la paz? Yo creo que la respuesta es universal, no es una variable es una constante, todo el mundo me va a decir que sí. Si yo pregunto ¿estás dispuesto a hacer algo para mantener la paz? La pregunta es muy diferente. Si yo pregunto ¿estáis a favor de la investigación? Yo creo que unánimemente sí, ¿estamos a dispuestos a hacer algo porque la investigación sea una parte importante de nuestro trabajo? Bueno, lo dudo y a lo mejor tiene que ser así. Pues, entre todo este grupo de gente, algunos defensores a ultranza del médico, investigador, asistencial, docente y todo eso, y alguno que piensa que esto son juegos florales, literalmente dicho y lo transmito y le dije que os lo diría, y que el médico lo que tiene que hacer es dedicarse a su trabajo y dejarse de pajas mentales, bueno pues hay de todo. Esta es la información sólo de un grupo de profesionales y ya decía yo en el texto, esto es difícil de extrapolar, pero también tiene la ventaja de que recoge informaciones de todos los lados y a veces nos miramos mucho el ombligo y quizás, decía yo antes y vuelvo a repetir, lo que pensamos los de aquí no es representante de lo que piensa el colectivo y eso tenemos que tener cuidado. Cuando hablamos sobre la investigación ¿qué era lo primero que me proponían?

La investigación siempre decimos que aporta calidad ¿pero eso es verdad? Los centros de salud, los hospitales que investigan ¿atienden a sus pacientes con mayor calidad? ¿no habría que demostrarlo? Porque por ende podemos decir que los que no lo hacen los atienden con peor calidad. ¿Sigue siendo

cierto? ¿Está demostrado? pues a lo mejor la investigación tiene que empezar demostrando cosas para que la gente se las crea. ¿A lo mejor es el método de trabajo del médico investigador? A lo mejor la investigación de por sí lo que genera es una dinámica de trabajo que aplicada al médico asistencial es lo que realmente mejora, pero mis compañeros quisieran saberlo. ¿Todos debemos investigar? Ya lo hemos hablado. Los beneficios directos e indirectos de la inclusión de la investigación en la cartera de servicios, pues por qué voy a incluir las citologías y no la investigación ¿por qué? Sobre los servicios sanitarios ya hemos hablado mucho, hemos hablado de efectividad, de eficiencia, de métodos de trabajo, que si es mejor trabajar solo, que si es mejor trabajar en equipo, que si eso es más relevante uno que otro, que si uno tiene mayor eficiencia, repercute en mayor calidad de vida, redefinir los roles a lo mejor aumentaría la calidad, la repercusión de los incentivos, estudios de la variabilidad de la práctica clínica, no por la propia variabilidad en sí, sino por las causas que la generan, evaluación de todo lo evaluable, volvemos a lo mismo y no me voy a entretener mucho para que Concha no me diga nada, la repercusión de la prestación, sobre el nivel de la práctica asistencial. Lo mismo, sale de todo y resumido. Claro, evaluar prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento... pero eso sí, siempre bajo el halo este del abordaje integral, de lo biopsicosocial. Yo sigo preguntándome si los pacientes que van al hospital no tienen también entorno y no tienen también biopsicosocial, no sé por qué ellos no lo tienen que tener en cuenta. Pero bueno, si nosotros lo tenemos que tener en cuenta, cuando lo tenemos en cuenta, ¿eso realmente mejora? Porque se supone que somos capaces de tenerlo en cuenta. Los efectos secundarios de las intervenciones, hablábamos de la medicalización de la vida, cómo repercute en la calidad de la asistencia, en la calidad de vida, en la mortalidad, la inercia clínica, la comunicación, las expectativas no sólo de pacientes, como hablaba Concha (Violán), sino de médicos, de investigadores, de gestores, todos tenemos expectativas y parece que no coinciden mucho.

El integrar a los cuidadores en el sistema, asociaciones de pacientes y sobre la formación, pues lo mismo, evaluar lo que tenemos, ver dónde fallamos, nuestros déficits y cuando aplicamos las nuevas tecnologías, qué mejoramos y lo mismo sobre la docencia. Y como resumen, como conclusiones, sí que cuando hacíamos esta pregunta, había una serie de premisas que eran claras,

por supuesto lo del trabajo en equipo multidisciplinar y multicéntrico, que alguno de mi centro de salud decía si eso realmente existía y era posible y nos podíamos coordinar, que no lo tenía tan claro, que él pensaba que solo trabajaba en un centro muy grande y supongo que tampoco es el único que piensa algo parecido. Integrar la investigación en los proyectos de equipo. Vuelvo a insistir si las citologías se integran por qué no la investigación, ¿no es un programa más de salud? Si realmente lo pensamos. Facilitar el acceso normalizado a estructuras de apoyo: yo hago una citología, tengo un problema, hablo con el ginecólogo; yo investigo, tengo un problema y ¿voy a hablar con un amigo? o voy a hablar con alguien, porque si mi institución apuesta porque yo investigue y eso dice, pues también me tendrá que aportar algún apoyo. Normalizado, que no tenga que ir a Concha y decirle: "oye, mira, como te conozco de los seminarios y tenemos confianza, ¿me haces el favor de...? No, no estoy hablando de eso. El reconocimiento socio-profesional, la valoración de la actividad investigadora con los parámetros de atención primaria diferenciando, lo que es, vuelvo a decir, para hacer curriculum del resto, porque todo debería tener calidad. Y esto básicamente era lo que os quería contar. Y daros las gracias por escuchar.



Turno de preguntas de la segunda mesa redonda

Concepción Violán

Pues si os parece, abrimos un debate. ¿Hay turno de preguntas ya? ¿Nadie pregunta? Me extrañaba. Adelante Juan (Gérvas).

Pregunta

Juan Gérvas: Yo tengo un montón de preguntas y comentarios, pero si a mi me interesa lo del futuro mucho. Por ejemplo, han salido algunas cuestiones que yo creo para el futuro. Una cuestión que a mi me interesa es todo lo que se refiere a contacto profesional-paciente, no ya médico, que no sea cara a cara. Yo creo que la entrevista cara a cara es un ultra lujo, tanto en países ricos como pobres. Estoy pensando en una aldea del Sahel, en la que llevar un médico es absurdo, no tiene sentido ninguno, o estoy pensando en mi propia consulta en la que es absurdo que me consulten para lo que a veces me consultan. Yo creo que ese un aspecto de la investigación en la que además se mezclan con nuevas tecnologías, alguna de las cuales sale por ejemplo en el *The Economist*, en el último informe sobre nuevas tecnologías y medicina. A mi ese asunto me interesa mucho. En conexión con este tema y que también me interesa –lo ha sacado creo que Concha (Violán), está la atención a domicilio, que además es una prioridad en la Unión Europea. Es absurdo que los libros de Amazon y compañía me lleguen a casa o que las pizzas me lleguen a casa y que determinados servicios que permitirían que la población permaneciese en su domicilio no lleguen. Tiene que ver además con la ley de dependencia en que España en concreto y que yo creo que es un campo que estamos perdiendo, los de la Atención Primaria formal, no digo los de Atención Primaria general, para no discutir con Rafa (Cofiño), que en eso me gana. Y la última cuestión ya, en el futuro, puesto que ha salido también en la primera mesa y en esta, que los contactos personales, las redes, son básicas. La pregunta es cómo fomentar eso, porque lo estamos haciendo un poco intuitivamente, al menos los que

estamos en los seminarios, los que asistimos a estas jornadas, pero no hay un método científico por el cual decir cómo, en España en concreto, desarrollamos redes no financiadas. Porque los métodos actuales permiten incluso hacer redes no financiadas o financiadas para fomentar esto que decimos, que la investigación se tiene que basar en redes, pero ¿cómo se fomentan las redes? ¿Cómo se fomenta ese trabajo? No sé, son tres cosas.

Respuesta

Rafael Cofiño: Yo sigo creyendo en el paraguas.

Concepción Violán: Una cosa Rafa (Cofiño), hay gente de aquí que no es española y cuando dices FIS no entiende por ejemplo a qué te refieres.

Rafael Cofiño: El FIS es algo que nos pone nerviosos a todos. Son una especie de becas bestiales que salen, que dan muchísimo prestigio a la gente que investiga un tema y da muchísimo caché para investigar. Y hay temas muy interesantes que pueden salir a partir de un FIS, pero también otros temas que distorsionan totalmente lo que son ejes estratégicos de una Comunidad Autónoma como la mía. Es decir, nosotros ahora paralizamos varios campos de actuación que teníamos en nuestro servicio, por la aparición de "FISES", que de repente se considera que es un proyecto que es muy interesante, se presenta al consejero y éste moviliza a dos o tres recursos de la consejería para ir a ese terreno. Es decir, no quiero decir que no sea interesante la financiación del FIS, sino que corren en paralelo muchas veces a lo que son otros ejes estratégicos de planificación lógica. Ahora me salí del tema de lo que iba a decir. Lo de las redes. Yo creo en el paraguas. Yo creo que es necesario tener un paraguas y de hecho a mí el modelo que me gusta es el modelo NICE y salió en varias mesas y en varias aportaciones que hubo. Es decir, un paraguas que aglutine distintas iniciativas, soy muy nihilista en el tema y eso lo veo complicadísimo. Es decir, yo creo que tú empiezas a ver quiénes estamos aquí, de dónde venimos y por dónde vamos y qué vamos a hacer y es muy difícil generar ese paraguas total. Hay otro tema que son las redes, para que las redes se coordinen bien, si son redes superiores de dependencia

supra, sí que requeriríamos ese paraguas y luego están las redes informales, tipo seminarios de investigación o este tipo de jornadas. Esas dan mucha riqueza para muchas cosas: de aprendizaje personal, de poder trasladar, el que nosotros, por ejemplo, en Asturias, desde una institución pública se trasladara el debate de prevención del año pasado de la Fundación Ciencias de la Salud a la Consejería de Salud, eso es muy interesante, porque es exportar un modelo hecho desde la administración. Pero tampoco tiene el impacto en cuanto a cambio real que tiene que producir.

Concepción Violán: Si os parece, si no hay nada que añadir, no contestamos los tres para no alargar más el discurso.

Pregunta

Pilar Rodríguez Ledo: Dos cuestiones: una, sobre lo de la entrevista cara a cara que realmente me parece importante. Claro que hay muchos métodos más. Creo que los médicos de familia cultivamos muchos métodos más. El teléfono lo usamos a diario y sobre todo cuanto más conocimiento tenemos de nuestra población atendida, más lo utilizamos y lo que está claro es que el mundo está cambiando y nosotros tenemos que cambiar y adaptarnos a eso. Seguramente, todos estos métodos informáticos se van a tener que introducir en nuestra práctica. Yo tengo pacientes que tienen mi correo electrónico y me escriben sus dudas en vez de llamarme por teléfono, porque ellos mismos han descubierto que es una manera de contestarles más flexible. Además, no sólo que lo utilicen ellos, sino que nosotros deberíamos empezar a ofrecerlo en esos sitios donde sea posible, para minimizar esos problemas que surgen a veces con la atención cara a cara, que no siempre es posible.

Sobre la atención a domicilio no me voy a atrever a meter. Creo que sí, que es verdad que todos tenemos que hacerlo, pero soy conocedora de la situación, supongo que como todos los que estáis ahí. A los médicos de familia no nos gusta hacer domicilios, en general, como globalidad. Y yo creo que decir lo contrario es una mentira, ¿nos debería gustar? Pues yo pienso que sí. Más que gustar o no, es una necesidad de atención y como necesidad de atención

tenemos que intentar ofertar una respuesta a ello y no plantearlo como si nos gusta o no, como el que si me gusta el bombón de chocolate blanco o chocolate negro. Es nuestro trabajo y ofrecer la mejor respuesta posible es lo que nos debería guiar, pero la realidad es otra. La realidad es que cuando digo esto en mi centro de salud, si no me voy rápido, me dan un palo. Y supongo que en los vuestros no será muy diferente. Respecto a lo del paraguas. Yo creo que lo perfecto es enemigo de lo posible. El paraguas me gusta, creo que las redes son importantes, pero no es el único camino. ¿Por qué no lo es? ¿Y creo que no debe serlo? porque llevamos mucho tiempo con el paraguas abierto y en el paraguas están los mismos de siempre y no hemos conseguido que entre nueva gente, con lo cual, tendremos que pensar en otras alternativas, que a lo mejor son las que nos sirven de guía para entrar en el paraguas, pues a lo mejor sí, pero en el paraguas yo tengo la sensación de que sigue estando la misma gente que estaba hace diez años, pero es mi sensación.

Concepción Violán: Yo solo añadir una cosa de las tres que has comentado. En el tema de las redes, yo creo que una manera de fomentar el cómo, es seguir fomentando la inquietud por investigar, porque cuando uno quiere investigar el tiempo lo encuentra. A final, lo han comentado los ponentes, muchos estamos en proyectos de investigación de forma voluntaria, sin que nos financien. El ejemplo está en la REDIAP, que es una que financió el Instituto Carlos III a través del Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social; el FIS [Fondo de Investigaciones Sanitarias], que ahora ya nos es de la seguridad social [FISS, Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social] sino sanitarias, y ¿qué ha pasado? Pues que ha dejado de financiarla, pero la REDIAP sigue funcionando con proyectos, con ideas y aquí de lo que se trata es de fomentar y sobre todo inculcar lo que hemos intentado hacer en los seminarios y que nosotros en el IDIAP hacemos: incorporar a la gente joven que termina la especialidad, bien sean médicos o bien sean enfermeras para que el núcleo se amplíe, porque si no, los que estamos al final nos cansaremos. Hay una palabra para Paco, luego para un compañero que está detrás, que no sé cómo te llamas y no te puedo nombrar y para Esther Limón.

Francisco Buitrago: Yo en principio quería felicitaros a los tres y quería hacer una pregunta a cada uno. Yo, en la perspectiva así de investigación

futura o las necesidades que precisamos de investigación, Concha (Violán) echo en falta modelos, que por repetitivos se van implementando en la organización de los servicios y que no son, yo creo que no están evaluados. Por ejemplo, has hablado del tema de que –en esto también insiste mucho Gervas (Juan)– de cómo se retribuye a los médicos. Pero hay una cosa, por ejemplo que a mí me preocupa mucho como es la edad pediátrica. En el sistema español se ha instaurado ya que los pediatras van a ver a los niños hasta los 18 años, posiblemente más. Aparte de la opinión que tengamos algunos, por ejemplo yo, de que esto es un disparate, yo creo que es una batalla perdida. Además, coexisten a nivel rural otros modelos ¿y esto no se investiga? ¿Es más saludable que los niños sean vistos por el pediatra hasta los 18 años o hasta los 7? Yo creo que esto es una necesidad de investigación fundamental. En Extremadura, afortunadamente, se dio un paso atrás en este sentido para bien: las mujeres podían acceder antes, por ejemplo, al ginecólogo, podían ir directamente. Un hombre también: al médico de cabecera, al dentista. Se dio un paso atrás y yo creo que para bien, aunque tampoco es una decisión que se tomó. ¿Es conveniente que la mujer pueda, como estaban antes en Extremadura, y no sé si en otros sitios, acceder directamente al ginecólogo? ¿O es más beneficioso que tengan que pasar primero por el filtro? Otro tema que yo creo que es importantísimo es cómo se organizan los servicios. Pilar (Rodríguez Ledo) lo estaba comentando y supongo que será como en el mío: cada médico comparte población con una enfermedad, y esto es así desde el año de María Castaña. Pero en otras comunidades no es así ¿sigue siendo rentable esto? ¿O son más eficientes otros modelos de organización de los servicios como los ingleses, o como en otras comunidades? En Canarias, por lo que yo sé, a veces una enfermera comparte o tiene asignado el cupo de dos médicos. Todo esto, que tiene una implicación importante no se investiga y en esto la Administración sí que creo yo tiene posibilidades para hacerlo. Y a Rafa (Cofiño) yo le quería preguntar que hablara un poquito más de la iniciativa de que hubiera una agencia nacional, que yo creo que sería positivo. Porque las autonomías dan muchísimos beneficios, pero también están llevando a una fragmentación y a un vaciado de contenidos de lo que es estatal, que es tremendo. Y el tema de que haya 17 agencias, 17 institutos de investigación en temas como la sanidad, es a veces perjudicial. Es decir, el tema para investigar un gen o para tratar con tubos de ensayo puede ser... pero en sitios donde

necesitas grandes poblaciones, el que hubiera una agencia a nivel nacional sería positivo. Y luego a Pilar (Rodríguez Ledo) quería preguntarle, de los modelos que ella ha puesto de los ciclos de la intersección ¿cuál desde su punto de vista es el más ideal? Para los médicos que trabajamos, si dedicar parte del tiempo, el que nos liberen parcialmente, el que se pringue un poquito y diga desde su punto de vista cuál es el mejor.

Respuesta

Concepción Violán: Contestaré por el orden de intervenciones,... Los ejemplos que he puesto son a partir de proyectos de investigación que nosotros hemos hecho, que no tienen por qué ser los únicos. Entonces, respecto al tema de la pediatría, por supuesto que hay que investigar. Hay varios trabajos y publicaciones que analizan no cuál es el mejor, sino que también lo has dicho tú bien, Juan (Gérvás) ha escrito sobre este tema, el problema es un problema de poder fáctico. Decir que los pediatras, un grupo de atención que quieren atender, o los médicos. Entonces, no lo he puesto no porque no sea importante, sino simplemente por el ejercicio que hemos hecho a partir de la... o sea, el ejercicio de que deberíamos seguir investigando a partir de las líneas que teníamos abiertas en el IDIAP. Igual que el tema de accesibilidad a las mujeres o la población inferior, cómo se reorganizan los servicios de enfermería de los médicos. En eso también hay trabajos y publicaciones y sobre todo si se buscan en revistas de enfermería y por descontado son temas de gestión que se tienen que analizar. Como era título de ejemplo, hay muchas preguntas que he dejado en el tintero sólo por la brevedad de la exposición. Rafa (Cofiño) si quieres...que a mí luego me gustaría también comentar, si me permitís, un tema de la agencia nacional pero contéstala tú primero.

Rafael Cofiño: Las tres preguntas que habíamos lanzado al grupo en el texto. La primera y la tercera más o menos las dije: por qué investigación en primaria y un poco, qué propuestas hacía el grupo. La segunda era: temas concretos de investigación que la gente proponía. Y sí que es verdad que lo que decía Luis (García Olmos) se correlacionaba casi muy directamente con lo

que el libro de Barbara Starfield. Es decir, exactamente la gente volvía a repetir los mismos temas de investigación relevante. Respecto al tema de la agencia, no lo sé. Simplemente es un tema intuitivo, incluso pensado desde una perspectiva de clínico. Yo estoy en consulta, paso consulta y a mí cómo me está llegando la información es totalmente caótica. Es decir, un área sanitaria hace una vía clínica, me llega un protocolo de no sé dónde, otro establece un protocolo con un formato diferente, una agencia de evaluación de tecnologías evalúa algo, no sé muy bien en base a qué priorización y quién decide esa priorización, hay un grupo nacional de actividades preventivas vinculado al tema de la política de inmunizaciones que actúa por su cuenta, el cribado de cáncer de colon se pone en marcha o se decide o se va a decidir en base a determinadas... Es decir, creo que se necesita una cabeza para al final traducirlo en unos materiales unificados, claros y consensuados. Una cosa es cómo luego eso organizativamente se desarrolla en el terreno, es decir, otra cosa es cómo, cuando yo tengo un protocolo de tuberculosis, lo voy a organizar en mi terreno para hacer un estudio de contactos. Yo creo que el material final no es difícil hacerlo unificado. Ahora, yo creo que es un tema geopolítico; somos muchísimos romanos que estamos trabajando en muchas cosas y, o socializamos temas, quitamos individualidades y expropiamos determinadas cosas –cosa que no creo que sea real dada la situación política del estado ahora mismo y de transferencias y competencias y demás–, o seguiremos como estamos seguramente. Habrá comunidades autónomas con mucho más peso para determinadas cuestiones, pero la coordinación a nivel global va a ser muy difícil, incluso en un ámbito europeo, no estoy pensando solamente a nivel del estado español.

Concepción Violán: Al respecto de esto, me gustaría hacer una reflexión. Y es que, estoy de acuerdo con esta agencia nacional que impulsara la investigación y sobre todo en servicios de salud al estilo del NICE. Pero yo diría que para ese papel ya hay una agencia, que es el Carlos III; lo que pasa que esta institución no hace esta misión. La política que ha establecido la institución no va a ser nunca viable. Os pongo dos ejemplos; uno, por la situación política de las comunidades; y dos, por el poder fáctico de algunos grupos de investigación o de personas individuales. Se han creado los centros nacionales de investigación, los CIBER, con singularidades. Es decir, se

crean CIBER de enfermedades raras, un CIBER de obesidad y nutrición, grave problema para el país, al que se dedican muchos fondos y en la que en teoría participan muchos actores. Pero luego hay otra gran amenaza y es que se han creado los institutos de investigación sanitaria, los IIS, que se han acreditado, y la ley lo dice, alrededor de un hospital y la atención primaria tiene que estar a lo que me diga el hospital. ¿Por qué soy tan beligerante en esto? Porque nuestra institución, que es la única del estado español, sólo investiga en primaria; nos han dicho: "mire, ustedes tienen los criterios, pero no se pueden presentar a pedir los recursos, porque si no van del brazo del hospital, no les va a tocar nada". ¿Qué han dicho los hospitales de Cataluña que tienen prestigio en investigar? "Yo soy una novia" y permitirme la expresión. Lo digo así, en broma, porque son todos directores en el hospital y en la primaria y entonces me vienen a ver: ven tú, está en el patronato, quiero tus datos, no sé qué y haz un convenio y di que estamos trabajando, porque si no yo no voy a tener el dinero que necesito, porque se dice que tiene que estar con la primaria. Con lo cual, hay que estar defendiendo que exista la investigación en primaria, pero ir del brazo pero con mucho cuidado, colaborar, participar, las redes sí, pero ojo, que si no me van a comer y lo siento decir así, pero ésta es la realidad. Con lo cual, agencias de investigación nacional, sí, pero ojo. Al menos en lo que corresponde a la primaria, porque si no, se nos comen. Y no existimos, como pasa en algún modelo organizativo y de gestión de servicios, que se han implementado muchos servicios que deberían ser de la primaria: la accesibilidad a las mujeres, los niños pediátricos, la atención domiciliaria y no me voy a extender.

Pilar Rodríguez Ledo: Antes de contestarle a Paco (Buitrago), quiero hacer un comentario respecto a esto, porque no me puedo resistir. No es solamente en unas autonomías o a nivel nacional. En la mía, ahora mismo acaba de salir una convocatoria que ha terminado el lunes, de las becas de la Xunta sobre investigación. Nosotros también nos sentimos novias y novios, porque –aparte de otras puntuaciones que ya no voy a entrar en ellas porque ya me disgusta un poquito–, puntúa, por una parte, que el investigador principal sea de atención primaria, no contando el grado de compromiso, sino solamente que figure, y que el ámbito de trabajo sea atención primaria. Con lo cual, hay que tener mucho cuidado porque sino es posible que te engullan directa-

mente y encima con el beneplácito de la administración y encima buscándolo tú de la mano, que es todavía más gordo. Aparte de esto, lo de los modelos, pregunta comprometida Paco (Buitrago). No sé, lo que sí tengo claro es que, independientemente del que yo eligiera, querría que la administración eligiera uno y me dijera: "éste es el que vas a tener". Entonces yo sé que tengo uno, sé las normas de juego y sé cómo tengo que jugar. Jugaré por la parte de delante, por la parte de atrás o por la del medio, pero lo tengo claro. Si yo eligiera –pues yo creo que estamos en un mundo donde la rigideces está claro que no nos han llevado a nada– yo elegiría un mundo donde convivieran los dos sistemas y que cada uno eligiera el grado de compromiso. Como, vuelvo a insistir, cada uno elige el grado de compromiso con programas de salud determinados y nadie se rasga las vestiduras. Firma los objetivos y dice: "yo hago tantas citologías al año" o "yo hago tantos doppler al año" o "hago tantos no sé qué" o "voy a poner en marcha tal cosa". Pues, un grado de compromiso obviamente tiene que haberlo, pero ni todo el mundo tiene por qué investigar, ni todo el mundo tiene que hacerlo en el mismo grado, ni todo el mundo tiene por qué hacer doppler, ni todo el mundo tiene por qué hacer ecografía, ni en el mismo grado. Creo que la flexibilidad está ahí. El único miedo que me da, es que los seres humanos, aparte de que seamos médicos, tenemos una tendencia a copiar lo que en otros sitios funciona. Y eso me da miedo especialmente, porque eso supondría que copiaríamos el modelo del hospital. Un compañero y amigo de estos más incrédulos, de estos de los juegos florales, me contó un chiste el otro día que, con el permiso de Concha (Violán), me gustaría contaros, que es el chiste de la araña y va sobre la investigación. Es una metáfora, de cómo los investigadores de ciencia básica investigan y extrapolan los resultados generalizando: están haciendo un estudio sobre una araña y cómo los estímulos auditivos les hacen avanzar. Entonces, le aplican el estímulo auditivo y la araña avanza; le quitan una pata, le vuelven a aplicar el estímulo auditivo y la araña avanza; le quitan la segunda, estímulo auditivo y avanza; le quitan todas y, obviamente, la araña no avanza. Conclusión: las arañas que no tienen patas son sordas. ¡Hay que tener cuidado en la aplicación de algunos modelos!

Concepción Violán: Pasamos a la siguiente pregunta, ¿te presentas por favor?

Pregunta

Francisco José Sáez: Buenos días, me llamo Francisco José Sáez, soy médico del centro de salud de San Pablo, en Coslada y quería preguntarle a Pilar (Rodríguez Ledo), que nos ampliara un poquito eso que nos ha dicho de el cambio de las normas de juego. Lo digo por un ejemplo muy real. El contrato de gestión de centro de los equipos de atención primaria de Madrid, dice: "vamos a optar por la investigación y vamos a promocionarla". Entonces, una de las condiciones es que todos los centros de salud tienen que tener, durante este año, una publicación en una revista indexada. Así que, anuncio para el resto de centros de salud de España, que los 300 centros de Madrid vamos a copar *Atención Primaria* que es la única revista que está indexada.

Respuesta

Pilar Rodríguez Ledo: Siento decirte que lo vais a tener un poco duro, porque en Castilla y León me temo que también es uno de los objetivos, así que no sé cómo saldrá el tema. Está claro que la solución no la tenemos en mano, pero ésa no va a ser una de las soluciones. Vuelvo a decir lo mismo, investigar no es decir: "vamos a investigar y nos vamos a poner", sino que hay que dotar de la infraestructura, o sea, yo cuando quiero implantar y vuelvo con las citologías, porque es lo que todos hacemos en un centro, cojo los profesionales, van a aprender cómo se hacen, hacen no sé cuántas hasta que tienen control de la técnica y entonces se ponen a hacerla. Cualquier otra cosa que no siga una lógica, no tiene buen resultado y eso lo único que va a generar son esas comunicaciones que no van a tener ningún impacto me temo yo, salvo que Luis (García Olmos) opine lo contrario. Creo que es una mala opción y que lo único que están haciendo es, con un método precipitado, obtener un mal resultado que va a ir en contra de nosotros y de que estos básicos vuelvan a investigar con nuestras arañas y saquen esas conclusiones tan espectaculares. No sé cuál va a ser el método, pero desde luego no es ése. Yo, si pensara en un método razonado, a largo plazo está claro que empezaría por la universidad. A corto plazo, pues empezaría por el aprendizaje de aquellos

que están motivados y quiero repetir que yo no creo que sean peores ni una comunicación póster ni una comunicación oral, ni una publicación en un sitio ni una publicación en otro. La peor comunicación, el peor trabajo es aquél que no tiene calidad y eso es de lo que debemos de huir. Después, se presentará donde se presente, pero los trabajos tienen que tener calidad. Y eso será lo que tengamos que hacer. Bueno, resultados a corto plazo, es como lo de las dietas, supongo que al fin al cabo quieren hacer la operación bikini pero en la investigación. Así saldrá.

Rafael Cofiño: Yo recomendaría, lo conocéis seguramente, unos artículos que creo que habíamos metido en la bibliografía, es un artículo de Turabián de *Tribuna Docente*, sobre investigación irrelevante o la investigación como deporte en atención primaria que creo que es un artículo clave, explica muchas cosas de éstas. Además lo dice muy bien: que investigar es responderse a algunas preguntas y transformarlas en acciones. Es decir, alguien que está pasando consulta durante 30 años y no publicó en su vida, probablemente es más investigador que uno que tenga un factor de impacto altísimo. Lo que pasa es que tenemos un sesgo y es un sesgo médico que es el tema de, insisto que se dice de broma pero que no es tan broma, el de que nos pone cachondos publicar y si no publicamos, no llevamos comunicaciones o no hacemos pósters, no va. Esa metodología de transmitir información, es una metodología quizás válida en un momento histórico de la ciencia, pero que también, como se dijo en la primera mesa, por el tema de la web 2.0, tiene que tener su relevo, porque precisamente yo creo que ahora está generando más efectos secundarios que efectos beneficiosos en cuanto a confusión y multiplicidad de información.

Pregunta

Esther Limón: Me llamo Esther Limón, soy médico de familia y pertenezco al grupo, entre otras cosas, de atención domiciliaria de la CAMFIC, el grupo de investigación de envejecimiento del IDIAP. Una cosa es la CAMFIC, la sociedad catalana de médicos de familia federada de semFYC, la sociedad española de medicina de familia. Entonces no he podido evitar recoger la

pregunta que Juan (Gérvás) lanzaba la primera. Lo siento, tiramos para atrás y no voy a dar respuesta sino que lo que quería era aprovechar y poner sobre la mesa las dudas que tenemos el grupo de atención domiciliaria, la gente catalana y de envejecimiento. La primera, no hay evidencia, no hay estudios en atención domiciliaria, que es un tema que a los médicos de familia nos debería interesar. Tal vez sea un tema de liderazgo profesional, porque identificamos la atención domiciliaria con los cuidados y los médicos no cuidamos. Claro, retomando lo que ha dicho Rafa (Cofiño), somos bios, no somos biopsicosociales. Otro punto a poner sobre la mesa, es que la atención domiciliaria no es un programa, es un escenario. Claro, no tiene sentido hacernos disquisiciones extrañas de qué tienes que hacer en un domicilio; lo que cambia es el centro de poder, que lo tiene el paciente. ¿Qué más? lo que decías luego de las nuevas tecnologías en el domicilio. Un enfermo quiere el cara a cara, un enfermo quiere a su médico, o a su enfermera, o a su asistente social o al profesional sanitario que le pueda ayudar, su farmacéutico. En cambio las prisas, las dudas, el "necesito una respuesta ya", eso te permite la teleasistencia. Eso te permite dar respuestas *online*, las llamadas telefónicas, las webs... A veces confundimos necesidades, demandas y necesidad de asistencia y para eso los sanitarios necesitaríamos priorizar: puedo separar la necesidad de la demanda y decir esto, de esta manera, esto lo puedo responder de otra forma, a quien está en el domicilio se le tendría que ir a ver, como mínimo a explorar. Y en cuanto a las nuevas tecnologías a domicilio. Las tecnologías están todas ya. Los ingenieros en sus salones, los planes AVANZA, hay unas tecnologías que son increíbles de localización de la gente, el RFID, son unas tecnologías de ondas. En Gerona, los asistentes sociales del ayuntamiento de Gerona han hecho público que han colocado unos cuantos sensores en la casa de un abuelo y saben siempre dónde está, pero ¿sabéis la montonada de dinero que supone tener localizado a un abuelo? ¿Quién evalúa todo eso? ¿Son efectivas? ¿Quién las financia? A cambio, los abuelos que no tengan ese sistema increíble seguirán comiendo los garbanzos del pote y el caballo, si es que llegan. Y en cuanto a la cobertura de las tecnologías: casi toda la gente, casi toda la población tiene ya móvil. Un 50% de los hogares tienen acceso a Internet, pero es que todos los abuelos tienen la tele y ahora va a ser toda digital. ¿Nos hemos planteado la utilidad de la TDT?

Respuesta

Juan Gérvas: Gracias Esther. La cuestión del domicilio es clave y muy importante; la ley de dependencia lo demuestra en España, pero es un problema mundial, que no se refiere sólo al envejecimiento; suele asociarse la atención a domicilio de envejecimiento, cuando la atención a domicilio tiene que ver con formas distintas de estilo y con una cosa que se ha comentado aquí, que es reclamación de expectativas del paciente. El paciente quiere otras cosas, y los profesionales también. Sí claro, yo creo que es básica una cosa que has sacado tú y que no ha salido, que es priorizar. Hay que priorizar en asistencia como hay que priorizar en investigación, que ya ha salido, pero en asistencia también. Y cuando decía Rafa (Cofiño) qué atención primaria queremos, pues es que eso es muy importante. Queremos una atención primaria que gire alrededor del profesional, que es la que tenemos y los modelos a los que vamos: los pacientes vienen a vernos, los pacientes vuelven, los pacientes se citan, los pacientes esperan... o queremos una atención primaria y, en general, un sistema sanitario alrededor del paciente o de la población. Los políticos dicen que alrededor de la población, pero en la práctica los profesionales imponemos nuestro poder. Y una parte del rechazo a los domicilios es, precisamente, que en ese escenario tenemos menos poder. Sí, sigues teniendo un poder inmenso, pero desde luego no tienes la bata, no tienes al administrativo, no tienes la estructura... eres un invitado. Se ha hecho algo de investigación y reivindicó un nombre que luego reivindicaré, es por ejemplo Luis Palomo y la capacidad de predicción, por ejemplo, de la muerte de los pacientes a domicilio. Cuando se hablaba de predicción, hay un estudio o dos por lo menos publicados por Palomo, en el que los médicos generales predecimos perfectamente quién se va a morir. Lo cual es brutal. Y predecimos también qué capacidad de cuidados tiene la familia y cuáles debemos suplementar. Cuestión que tampoco se ha investigado mucho. La gente utiliza los servicios sanitarios muy poco, en contra de lo que se diga, la mayor parte de las necesidades las resuelve a domicilio, en su casa, con su familia... en el domicilio eso es mucho más claro y sí, gracias por sacar, porque la atención a domicilio no es sólo que vayamos o no vayamos... yo creo que hay que ir y mucho más. Por ejemplo, para mí es un fracaso hasta ahora, que la enfermería no vaya muchísimo más de lo que va, porque no va. Eso es teleasistencia y eso son nuevas tecnologías, que

pueden parecer caras, pero la Unión Europea tiene un interés extraordinario por ellas. Y ahí hay millones de euros que se van a invertir en investigación, en nuevos modelos y sistemas de atención a domicilio, ayudados por nuevas tecnologías. Y el problema es que si nosotros no participamos, aunque creemos que es un despilfarro, en esos modelos, como en la historia clínica, no irá nuestro pensamiento, ni el del paciente, así que yo invito a participar aunque lo consideremos exuberante, exagerado e irracional.

Concepción Violán: Yo pido a la mesa que no conteste. Hay otra pregunta y dos más y cerramos, porque si no, no nos va a dar tiempo.

Pregunta

Manuel Franco: Soy Manuel Franco, trabajo en el Centro Nacional de Investigación Cardiovascular y quería aprovechar la metáfora del novio y la novia para proponerme como candidato. Soy un chaval joven, más o menos guapo, apuesto. Creo que tengo buena formación. Vengo de estudiar 7 años duro epidemiología en Hopkins, que es una escuela bastante buena y ahora mismo estoy en el departamento de epidemiología en Cardiovascular y busco novia. Descaradamente busco novia. Veo un montón de chicas guapas por aquí. Somos uno de los centros nacionales, que decía antes Concepción (Violán), y nosotros tenemos que hacer epidemiología cardiovascular y me encantaría poder trabajar con atención primaria. Es una de las cosas por las que estoy hoy aquí y he estado en otras reuniones y tenemos mucho interés en trabajar con vosotros. Así que si hay que ponerse en alguna web, o mandar alguna foto, con permiso de mi mujer, pues aquí estoy. Muchas gracias.

Respuesta

Concepción Violán: Bueno, sólo una cuestión muy breve. Nosotros en el IDIAP tenemos un grupo muy potente de cardiovascular, te lo comento y luego si acaso quedamos. Somos, conjuntamente con el grupo de cardiovascular del IMIM, los que diseñamos el modelo del REGICOR de prevención de riesgos

y estamos trabajando en otros proyectos. En ese interés de cooperar en redes lo podemos comentar. Pasamos a la siguiente pregunta que la tenía mi compañero de allí, ¿te identificas por favor que no tengo el gusto de conocerte?

Carlos Hernández Salvador: Mi nombre es Carlos Hernández Salvador. Soy de profesión ingeniero de telecomunicación, pero de experiencia profesional 30 años dentro de un hospital, ahora en el Instituto de Salud Carlos III, en la unidad de investigación en telemedicina y de salud. Contesto un poco por alusiones, aunque Juan (Gérvás) ya ha ayudado mucho en la respuesta. Juan ha contestado bien en el sentido de decir: si la Unión Europea se va a gastar, se está gastando en la última década y se va a gastar en la próxima, muchos, muchos millones de euros, en tecnología que tiene que ver con el domicilio, que tiene que ver con los ambientes asistidos, pretendiendo algo que es que la persona mayor esté el máximo tiempo posible en su entorno habitual y llevando una vida independiente y lo mejor o lo más activa posible, no es sólo por una cuestión baladí, no es sólo porque es lo mejor, es porque es rentable. Si he decidido contestar es por esa expresión: ¿Cuánto cuesta llenar un domicilio de sensores para enviar una cosa? y ¿qué pasa con los otros? Voy a contestar de forma tangencial. Si algo he echado de menos en esta mañana, quizás a lo mejor por el título de toda la jornada, es la palabra innovación. Estáis hablando continuamente de investigación y enseguida saltáis de investigación/práctica clínica, práctica clínica/investigación. Hay algo por ahí intermedio y nebuloso que es la innovación y que es, dicho muy brevemente, el intentar aplicar resultados de investigación, que más o menos se pretendan que son válidos o que son verdad, en tu práctica. No he oído nada en toda la mañana. Poner en un domicilio unas cuantas cosas, por supuesto ahora no son rentables ni muchísimo menos, pero seguro que si dentro de 20 años, los Sacyr Vallehermoso y ACS y esos, lo tienen en plano cuando ese domicilio se construya, no llega al 0,5% del precio total de la vivienda. Toda la totalidad de la tecnología que se necesitaría para saber (luego están todas las consideraciones de tipo ético, de qué cosas se pueden saber, qué cosas no se pueden saber),... no llegaría al 0,5%. El tema está consultado ya, y dependiendo del número de sensores que pongas, puede ser menos del 0,1% del precio total de la vivienda. No os podéis imaginar, los que llevamos años en proyectos de este tipo, la cantidad de información que genera ese tipo de monitorización,

que nosotros llamamos monitorización ambiental y que vosotros no la sabéis cuando solo recibís información de la visita al centro sanitario, no tenéis ninguna posibilidad de saberla. En absoluto es costosa y por eso la Comisión Europea se gasta, se está gastando y se va a gastar muchos, muchos millones de euros.

Concepción Violán: Sergio la última; haz la pregunta y contestamos las dos de una vez.

Pregunta

Sergio Minué: Era una pregunta y comentario al hilo de lo que comentó Juan (Gérvas) al principio respecto de la redes, las formales y a las informales. Yo tengo cada vez más dudas con respecto al concepto de redes formales, no sé si es un antagonismo y de hecho pienso que muchas veces las redes responden a una manera de solventar los problemas que tienen las burocracias o las organizaciones demasiado jerárquicas como las nuestras. De hecho, en un artículo que publicaron un grupo de sociólogos americanos, me parece que el título era algo así como *La potencia de las relaciones débiles*, decían que el 80% de los americanos consiguen el trabajo en las barbacoas, es decir, en las fiestas que montan con los amigotes, pero no directamente por los amigos directos, sino por los amigos de los amigos. En cierta manera, yo creo que el gran auge que están teniendo las redes informales responde precisamente a la falta de alternativas que plantean las organizaciones tradicionales y en ese sentido también era un poco mi pregunta a Rafa (Cofiño). Desde el punto de vista conceptual, parece muy lógico tener un NICE o algo por el estilo. Pero tenemos, me parece que son, 5 agencias de evaluación de tecnologías, cada una repitiendo lo de la de al lado. No sé qué capacidad de impacto han tenido esas agencias desde el punto de vista de producir cambios en la práctica, y espero que al crear algo por el estilo en España, primero no convirtamos eso en 5 NICE y segundo, me pregunto si realmente favorecen la creación de conocimiento. En ese aspecto, y tú lo has planteado magníficamente en la presentación, la generación que va a estar en atención primaria dentro 5 o 10 años son una generación de nativos digitales y que viven en el *Twitter* o

en el *Twenty* o en el *Facebook* y eso son redes red informales. Entonces, en ese sentido no sé qué opinarías con respecto a cómo hacer, en cierta manera, compatible un modelo de paraguas con un modelo de redes informales.

Concepción Violán: Contestamos la pregunta de la tecnología, quería comentarla Pilar.

Respuesta

Pilar Rodríguez Ledo: Yo quería hacer solamente una puntualización. Yo he dicho que quizás mi participación era aquí un poco diferente porque yo soy médico asistencial. A veces me da la sensación, como en esto es cuidados a domicilio, que estamos hablando de buenos y malos y me parece que la vida tampoco es así, ni nadie es bueno ni nadie es totalmente malo. Lo que sí hay es una realidad y a veces nos olvidamos de ella. A lo mejor yo decido que cuando voy a ver a una paciente mía o a su hija a su domicilio y pago dos veces la zona azul, llevo mi coche y voy ahí, pues lo hago con mucho gusto y a mí personalmente me compensa; pero a lo mejor hay alguien que le parece que no debería pagarlo. Yo veo muy bien que todo esto no supone ningún coste adicional, pero sí que hay una realidad que es el que hace determinadas cosas, le van a su bolsillo, no a los costes generales, sino a su propio bolsillo, que es el que se resiente siente y el que no lo hace, no lo hace y tampoco pasa nada. Entonces, está muy bien que hablemos de lo que debemos hacer, pero lo que debemos hacer debe, de algún modo, tener reconocimiento y no ir al bolsillo de algunos en detrimento de otros. Creo que esto lo tenemos que tener en cuenta y no es que la gente no diga: "voy a los domicilios solo", que también es porque pierdo poder, pierdo poder y pierdo dinero, que me cuesta un dinero de mi bolsillo.

Concepción Violán: Comentar lo que ha dicho antes Carlos (Hernández) respecto al tema de la palabra innovación y yo te doy la razón. A mí sí que me gustaría hacerte una pregunta o una reflexión de lo que decías de los costes y un poco al hilo de lo que comenta Esther (Limón). Una de las líneas de investigación y la tesis de Esther (Limón), es el papel de los cuidadores en la atención

domiciliaria. Ahí hay un tema importante porque es la familia quien lleva las cargas de cuidar a las personas y en ese sentido dices: "la tecnología puede avanzar". Yo creo que una de las cosas o reflexiones que nos tenemos que hacer, es el coste que tiene implantar la tecnología de la innovación, con los ejemplos que vosotros conocéis, los que os dedicáis más a estos temas, en detrimento de utilizar otros costes para unas ayudas sociales mínimas. Me explicaré, que son las dudas que yo comparto con Esther (Limón). Es decir, a mí me parece muy bien que en Gerona montemos una red de sensores o lo que sea para ayudar a la gente, pero el problema es que los ancianos viven en casas del siglo pasado, del 1800, del 1900, que no tienen ni accesibilidad para entrar en las escaleras. El problema ya no es que puedan avisar, sino que el problema es que no pueden ni entrar ni salir bien de su casa. Para mí la tecnología es importante, pero cómo podemos implementar, cómo priorizamos la atención domiciliaria, con qué aspectos básicos. Y la segunda es, los ancianos no conocen la tecnología, yo pienso que una de las mejores aplicaciones tecnológicas que se ha hecho es el invento este del botón, de la teleasistencia. Eso sí que le vale a un anciano, pero que tenga Internet, que tenga web, mensajes al móvil, pero si la mayoría de gente mayor lleva el móvil y no lo saben utilizar. Quiero decir que habría que hacer tecnología aplicada a las dificultades, no pensando en la tecnología que utiliza una persona de 20 años, entonces a esa pregunta que quería hacer Carlos, qué hay o qué nos puedes contar en un segundo que sea de fácil usabilidad, utilizando términos tecnológicos.

Carlos Hernández Salvador: Tampoco creo que deba esto convertirse en hablar de tecnología. Yo creo que se mereció la respuesta porque no se expresó muy bien. En el sentido de que puso un ejemplo de cómo es posible que nos gastemos dinero en unas cosas innombrables. Y siempre muchas veces, demasiadas veces, sale la tecnología como que es la causante de que se gasta dinero. Se gasta dinero en llevar a una señora a hacerle el INR a otro centro cuando no tiene ningún sentido en el día de hoy. El INR se puede calcular allí mismo con alguien que vaya para allí. Se pueden mejorar muchísimas cosas en la provisión de servicios cada vez más entrelazados entre lo social, lo asistencial y lo sanitario. Y se está avanzando poquísimo en eso. Yo, a pesar de ser ingeniero, estoy lejísimos del uso de cualquier tecnología por el hecho de que exista. Las cosas hay que probarlas, las cosas tienen que probar que valen y

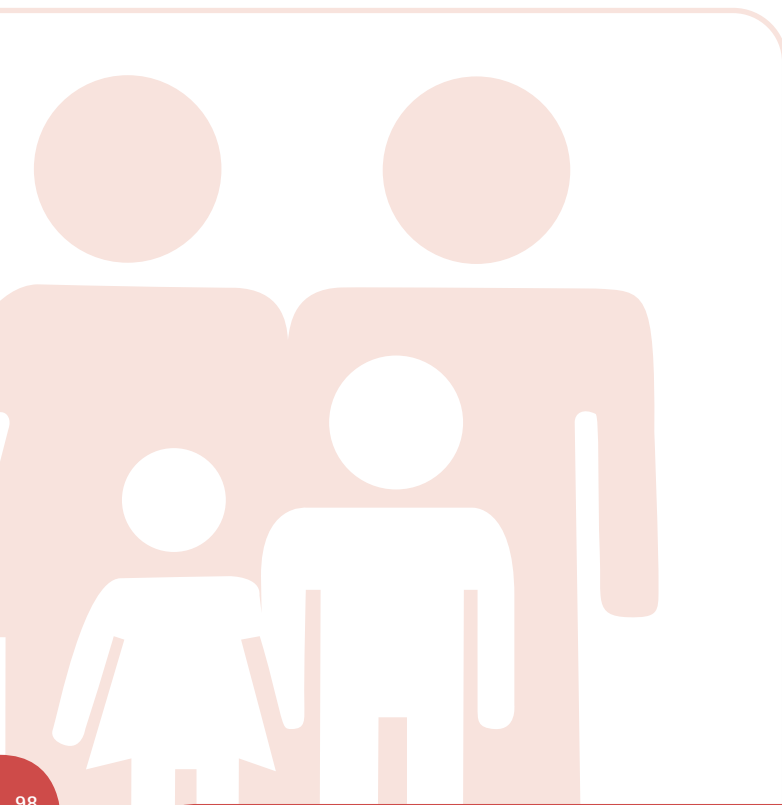
que introducen valor añadido y que son eficientes y todo eso. En cuanto a lo que me dices, desde el punto de vista de la tecnología, nosotros hablamos de lo que es la monitorización ambiental. Es una monitorización que la persona ni siquiera se entera de que existe. Eso no necesita ningún conocimiento ni ninguna cosa: es medir si hay humos, es medir temperatura, es medir presencia, es medir calidad, consumo de agua, es medir veces que se abre y se cierra el frigorífico... todo ese tipo de cosas que no se necesita tener capacidad ninguna, ni saber usar, porque la tecnología ni la ves. Hay otro tipo de tecnología en la que sí es necesario una participación activa del paciente o del familiar. Nosotros llevamos bastante tiempo, 15 años, haciendo proyectos de intervenciones que siempre suponen lo mismo: la inserción de un nuevo servicio basado en TIC, basado en telemedicina y tenemos historias para todos. Tenemos historias de pacientes con 50 años, profesores de universidad que se nos han salido del ensayo porque no soportan el estrés que les implicaba el protocolo de automedirse una cosa una vez a la semana y tenemos pacientes de 80 años que manejan el teléfono perfectamente y se automiden lo que sea. Y sobre todo entra en rol la familia y el cuidador. Tenemos montones de experiencias de que, quien ha medido realmente el parámetro que el protocolo médico decía, es la asistenta sudamericana que iba una vez a la semana a hacer la limpieza y es quien ha medido eso y, de hecho, esa información es exactamente igual de valiosa. Quiero decir con eso que, teniendo cuidador, teniendo familia, la capacidad del propio paciente o la condición de conocer o no conocer la tecnología se rebaja mucho en su importancia. Y era lo que quería contestar y esos dos grandes campos de la tecnología y para ambos la necesidad de que el paciente se implique mucho no es necesaria.

Concepción Violán: Muchas gracias. ¿Quieres contestar a lo de Sergio?

Rafa Cofiño: En relación con, probablemente, el sistema nacional de salud tendrá que ir hacia un sistema nacional de salud 2.0. Lo que pasa que la administración... yo tengo una esquizofrenia, y esa esquizofrenia cuando eres clínico y trabajas en salud pública y cuando trabajas en salud pública vuelves a la clínica. Es decir, pasas consulta diciendo: "no he solucionado nada". Es lo de Dahlgren que poníamos antes. Yo creo que Concha (Violán) contestó muy bien antes, las dificultades de poner un gran paraguas en lo que es el contexto

político en el que nos movemos ahora mismo y no tengo una respuesta clara. Yo creo que, de todas formas, la respuesta que estamos dando ahora mismo, es decir, gente que está muy implicada trabajando en la administración, que somos trabajadores de una empresa y hacemos una vía en paralelo. Tú ves los blogs que ahora mismo estamos produciendo gente con alto nivel de conocimiento y son paralelos a la empresa para la que trabajamos. O sea, una empresa que ahora mismo esté desaprovechando ese trabajo que está haciendo gente en horas extras, es una empresa que no va a ser rentable a largo plazo, seguro. Porque esa gente en un momento determinado cuando cambie el modelo de producción abandonará esa empresa pitando.

Concha Violán: Muchas gracias a todos. Damos por cerrada esta mesa y pasamos a la siguiente.



Mesa03

Análisis de conclusiones de los cuatro años de Seminarios de Innovación en Atención Primaria. Impacto Práctico.

▶▶ Ponente y moderador

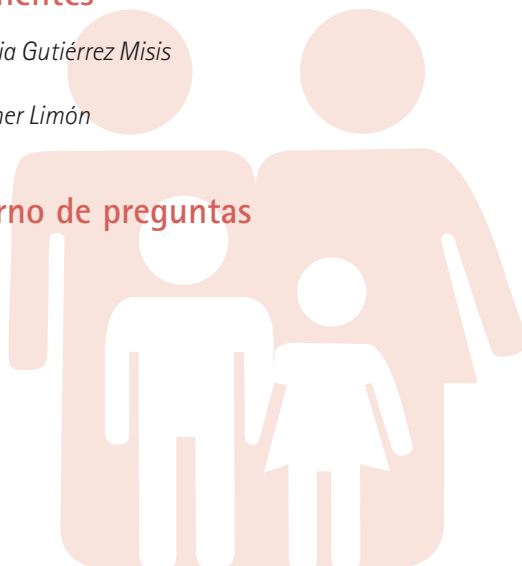
Juan Gérvas

▶▶ Ponentes

Alicia Gutiérrez Misis

Esther Limón

▶▶ Turno de preguntas



Ponencia

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

Juan Gérvas

Médico General de Canencia de la Sierra. Madrid. Equipo CESCA

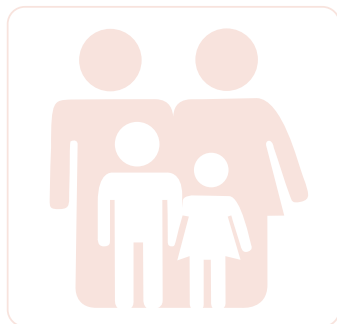
Si os parece vamos a empezar, porque terminaremos a las 14:15 en punto.

La primera cuestión es práctica y menor: hay un cuestionario que se ha repartido, de evaluación de la actividad, por favor, no dejéis de rellenarlo y contestarlo en el momento antes de irnos. Es el tipo de evaluaciones informales, pero muy útil. Termina reflejando una opinión que expresa bastantes cosas, así que por favor, yo creo que lo primero sería contestar el cuestionario.

La segunda cuestión es dejar claro cuán raros somos los que estamos aquí. Claro sí, al levantar la mano de cuántos médicos estamos aquí y demás, ésa no es la rareza. La rareza es ¿cuántos de los que estáis aquí habéis publicado? Claro, ésa es la rareza. Y la segunda rareza, más rareza, es ¿cuántos de los que estáis aquí tenéis la tesis doctoral hecha y aprobada? Estamos muy por encima de los porcentajes en los que habitualmente nos movemos con nuestros compañeros que son normales. Yo creo que hay que pensar en los compañeros normales. Compañeros "normales" son los que me acompañan aquí ahora: Esther Limón, ya se ha presentado, es médico, médico práctico, médico clínico, médico formado de familia y además tiene algo raro, eso sí, y es que pertenece a algún grupo de la sociedad catalana de medicina de familia y trabaja, en concreto, con muchas cuestiones alrededor de la atención a domicilio.

Y me acompaña todavía una persona mucho más rara que es Alicia Gutiérrez. Es rara porque es residente de familia todavía por unos días, ya está en el cuarto año y termina en unos días y deja de ser residente para pasar a

ser médico mayor. Sí, en las redes informales alrededor de los medios de innovación, que es de lo que va esta mesa, es muy importante localizar a gente joven a la que podamos pasar la antorcha, porque los que estamos aquí de edad media ya nos dimos cuenta de que, en fin, yo estoy en los 60 pero hay gente que está en los 50 y esto se acaba. Hay que encontrar quién nos sustituya. No es nada fácil. No hay muchos médicos de familia, residentes o de salud pública que en estos momentos tengan un interés que vaya más allá de la clínica, de la urgencia y de pensar en cómo están organizados los servicios y si hago esto cómo lo puedo mejorar y estamos localizándolos muy activamente y a través de redes informales. Los seminarios llevan ya 5 años, éste es el quinto. Parece increíble porque han llegado a 5 años y a una producción exagerada, por decirlo bien, y van de innovación, de cosas nuevas que existen en el mundo, que están a mitad, como ha dicho Carlos Hernández, entre la investigación y la práctica clínica y que muchas veces no entendemos pero saber que existen nos mueven el cerebro por nuevas ideas. Y vamos a repasar un poco las cosas, empezará Alicia Gutiérrez considerando un año concreto y seguirá Esther Limón considerando el conjunto y yo finalmente haré unas reflexiones finales. Tienes la palabra.



Ponencia

Alicia Gutiérrez Misis

Médico Residente 4. Área Sanitaria 4. Madrid.

Yo he intentado resumir el año 2008, que versó sobre "Innovación en atención primaria y prevención". Los seminarios de innovación en aquel año trascurrieron a lo largo de tres jornadas, en las que se trató la relación entre la prevención clínica y la innovación en prevención clínica y los sistemas sanitarios, priorización de actividades en el segundo y profesionalismo médico en el tercero. He intentado resumirlo y ha sido un análisis muy exhaustivo porque se generó muchísimo material muy interesante. También durante el debate de las jornadas y he intentado resumir las ideas principales pero os invito, si os quedáis con inquietud, a visitar la página de la Fundación de Ciencias de la Salud, donde están colgadas todas las ponencias, realmente un ejercicio muy interesante. Para empezar, la prevención es un concepto que ha cambiado bastante, desde referirse al terreno de la salud pública a inundar ahora las consultas de los médicos de familia, sobre todo a partir de la introducción del concepto de factor de riesgo a mediados del siglo XX. Si antes, en las consultas sobre todo, teníamos un colectivo de pacientes en el que se tenía que tratar una enfermedad y se dividían en respondedores y no respondedores a un tratamiento, ahora en las consultas de atención primaria, después de la introducción del factor de riesgo, tenemos un colectivo de pacientes mucho mayor que tenemos que tratar a riesgo de tener una enfermedad. Lo cual es un concepto muy interesante, porque la prevención inunda nuestra actividad clínica diaria de forma bastante importante, de manera que tratar a un paciente a riesgo de tener una enfermedad se convierte en una enfermedad en sí misma.

Los pacientes vienen muchas veces con miedo de tener un factor de riesgo y estamos tratando factores de riesgo y a pacientes con tratamientos indefinidos de forma continuada. De manera que la toma de decisiones en la consulta clínica diaria, en prevención, resulta a veces una actividad difícil. Se ayuda a los médicos de familia con protocolos, guías clínicas y tablas

de riesgo que se han creado y de las que ya se ha hablado en estas ponencias. Sin embargo, durante esta jornada de los seminarios de innovación, se llegó a la conclusión de que se limitaba a unos pocos factores de riesgo que tienen baja sensibilidad, bajo poder predictivo, pueden llevar a una falsa simplificación de la decisión clínica, al sacrificio de la salud individual por la poblacional en muchas ocasiones. Y lo que sucede muchas veces es que el médico se puede encontrar perdido en la angustia de la prevención irracional y a veces recurrir a la medicina defensiva para evitar los sentimientos de culpabilidad de no haber aplicado una estrategia de prevención cuando el paciente lo ha demandado. Y, si luego le pasa algo,... Pongo un ejemplo: un consejo que me dio mi tutora cuando yo era residente, que me resultó muy curioso y que yo entiendo. Las estatinas en los pacientes ancianos, que tienen una estatina desde hace 10 años y a veces vienen y nos preguntan: "doctora, yo me tomo la estatina, ¿sigo tomándome la simvastatina?", y le decía mi tutora: "sí, sígasela tomando". Y yo, luego después le comentaba: "y por qué se la sigue tomando, si probablemente se muera de otra cosa" y me decía ella: "es que, imagínate que mañana le da un infarto y no tenía la estatina. Y su familia, a lo mejor, lee en Internet que hubiera sido mejor que tuviera la estatina, que hubiera prevenido las placas de aterosclerosis y tal... Pues yo no quiero tener ese problema". Y pienso que eso pasa muchas veces por la cabeza y hay pacientes que tienen tratamientos preventivos que quizá los estamos aplicando por medicina defensiva. Entonces, ¿cómo dar respuesta a estas carencias? Pues quizá sería interesante hacer estudios de impacto que avalen el salto desde el conocimiento de la población de origen de los estudios de los que se derivan las tablas y las guías de decisión preventiva, al paciente en concreto con el que tratamos en la consulta para evitar la llamada tragedia técnico-estadística.

Sería interesante delimitar líneas específicas en las convocatorias de investigación, como ya ha surgido en las ponencias anteriores, y vías de desarrollo y difusión del conocimiento teórico al respecto, que ahora con Internet y con todos los nuevos modelos de comunicación sería más rápido, como también se ha dicho. E influir en las nuevas sociedades científicas que elaboran los consensos de actuación que, a su vez, influyen en la toma de decisiones en el clínico de forma diaria.

La segunda jornada en los seminarios de innovación, como he dicho antes, fue de prevención y priorización de actividades en prevención. En España, en concreto el PAPPS, el programa de actividades preventivas y también otro programa conocido que surgió en las jornadas fue el *US Preventive Service Task Force*, reúnen las actividades preventivas. Todos los conocéis, los clínicos los manejan en la consulta diaria. Sin embargo han recibido también diversas críticas, como la falta de tiempo real de aplicación, la falta de flexibilidad y la falta de información clara para saber qué actividades priorizar y evitar la decisión basada en juicios de valor. Una diapositiva de la presentación de Joan Gené Badía me pareció muy ilustrativa. Porque a veces pasa que finalmente, después de estudiar cuidadosamente la investigación disponible sobre si deberías de recibir una mamografía o no, solamente tenemos una opción: cara o cruz. Y realmente es un poco trágico, pero esa es la inquietud que también nos ha traído aquí. Porque cada día en la consulta nos enfrentamos a esta angustia, los pacientes lo perciben y sería muy interesante investigar en priorización de actividades en esos programas del PAPPS que realmente Amando Martín Zurro vino también a exponernos sobre PABS y sería muy interesante que pudiéramos priorizar esas actividades de forma más fácil. Entonces ¿cómo dar respuesta a estas carencias en priorización? Sería necesaria una línea de investigación para sentar los criterios de priorización en las actividades recomendadas por el PAPPS, para llegar a la creación de sistemas de información sencillos para el clínico, fáciles de recordar. Como ha dicho antes Luis García Olmos, quizá que fueran de dos páginas, que pudiéramos consultarlas rápidamente, que fuera un consenso y de probar efectividad, validez externa y de ecos de eficiencia suficiente.

La tercera jornada en los seminarios de innovación versó sobre prevención y profesionalismo médico. En el programa de la especialidad de medicina de familia en 2005, de forma literal, dice que ser médico de familia implica la identificación con un valor definido como compromiso con las personas, social con la calidad, con la especialidad, con la formación y con la ética. Por tanto, está claro que la formación médica es algo más que el aprendizaje de una especialidad, es la adquisición de unos valores del desarrollo del carácter del médico y esto es algo que los residentes percibimos. Yo como residente -como os ha dicho Juan estoy terminando, así que tengo la residencia muy

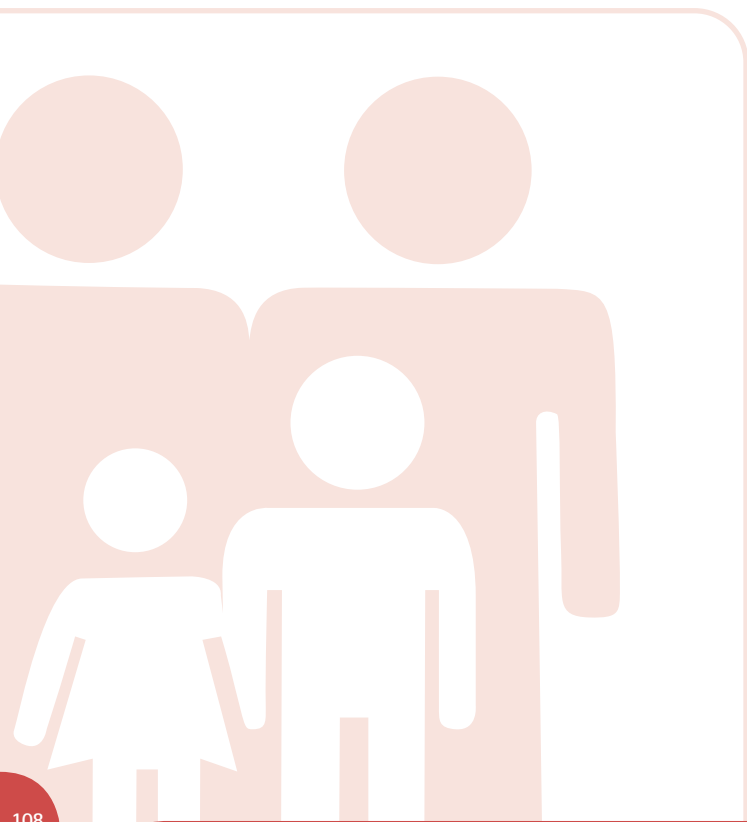
reciente- creo que sí que es cierto que si analizas los 4 años hacia atrás, has cambiado incluso como persona. Muchas veces adquieres unos valores y una firma y en esto influyen mucho tus tutores. Algo de lo que se habló fue que el profesionalismo médico se ha tenido que adaptar al cambio social. Es una realidad que, en la actualidad, la salud ya no se entiende como antes para mantener un buen funcionamiento laboral y social, sino que ha avanzado en el sentido de que se entiende en términos hedonistas, para tener una vida plena en términos de vida cotidiana, consumo.

La autogestión y la autonomía de los ciudadanos constituyen los principios básicos de la nueva gubernamentalidad, y esto también en el campo de la prevención puede tener efectos negativos para los más desfavorecidos que no tienen tanto acceso a los nuevos sistemas de información, y pueden incluso no consultar y no acceder a actividades preventivas a las que otros sí acceden y quizá no las necesitan tanto. Entonces, esta es otra escena en este sentido que se repite mucho en las consultas de medicina de familia. Es real y a esto nos tenemos que adaptar. Que los pacientes cada vez tienen más acceso a nuevos sistemas de información y muchas veces llegan a la consulta agobiados, porque tienen un síntoma, han consultado rápidamente en Internet y se han bajado toda la información, y acuden a la consulta y te preguntan: "qué sabe de esto, qué sabe de este avance que ha salido, este otro,...". Lo que hablábamos antes, ellos consultan en Google, saben todo, y quizá nosotros, tendríamos que tener también acceso a esa información, porque a veces tienes que decir: "bueno déjeme y yo también me lo voy a estudiar; a ver qué es cierto y que no es cierto". Entonces hay un conflicto de valores en cada toma de decisión. Eso también surgió. Ayer en los seminarios hablamos mucho de ello. Diego Gracia nos habló de los valores y fue realmente interesante: el médico tiene unos valores, el paciente tiene otros valores, a veces surgen esos conflictos y también la investigación en este terreno nos puede ayudar a mejorar la relación médico-paciente que es lo realmente muy importante en nuestra especialidad. En este cambio social, en este cambio de profesionalismo donde hay diferentes tipos incluso de ejercer la medicina de familia, en esta economía de mercado está el médico residente, que ha surgido en las ponencias anteriores, tampoco demasiado, pero ahí estamos. La investigación en la fase de residente realmente como yo lo he vivido y con mis compañeros,

está más orientada a la publicación de casos clínicos, a la narración de experiencias, a la presentación de estos casos en congresos. Pero realmente, por lo menos en la especialidad de medicina de familia, la sensación es que es difícil publicar en revistas de impacto. No ocurre en otras especialidades tanto. Todos conocemos que hay compañeros residentes especialistas, hay un apartado en las memorias de los residentes que pone "publicaciones" y los médicos residentes de familia no tenemos muchas publicaciones, tenemos muchas presentaciones a congresos, eso sí, pero publicaciones en revistas de impacto no. No sé si es bueno o malo, simplemente yo lo expongo y porque es una realidad. Y muchas veces se persigue publicar porque mejora el currículum –aunque hay gente que publica porque tiene realmente un espíritu crítico, lo ha desarrollado-. Pero realmente la figura del tutor es un modelo a seguir por el residente y también muy importante en la investigación en el periodo MIR. Es una realidad, como habéis dicho aquí. Yo, cuando lo estabais contando decía: "claro, si para el tutor es difícil investigar, cómo va a investigar su residente" y realmente es una pena. Luis García Olmos decía que tardaba 17 años en tener impacto una publicación; nosotros, como estudiantes, tenemos 7 años de carrera, 4 de residencia y cuando sales –yo ahora que voy a salir, probablemente haga suplencias- si te interesa la investigación pues te dedicas en tu tiempo libre a lo mejor 2 o 3 años más. O sea que a lo mejor estás 12 o 13 años en los que no has publicado nada y es una pena porque son años en los que tú tienes mucho tiempo libre también. Es una realidad simplemente. Quizá si se consiguiera que todas estas iniciativas que habéis propuesto de futuro influyesen sobre los tutores y pudieran realmente dedicarse a la investigación o a enseñarnos cómo investigar, pues quizá los médicos jóvenes que a largo plazo seríamos los futuros investigadores, pues también podríamos investigar más o rentabilizar esos años en los que no hemos investigado. Sería interesante quizá también investigar porqué los tutores no pueden investigar cuando realmente tienen esa iniciativa docente. Podría ser falta de tiempo, falta de formación, falta de incentivos...

¿Cómo se podría dar respuesta a estas carencias? Ahora en la residencia se está introduciendo el portafolio docente, que incluye opciones novedosas en cuanto a la relación residente-tutor y que es muy favorable para fomentar la investigación, aunque quizá no tanto en cómo investigar. Quizá la implica-

ción, la incentivación de los tutores contribuiría a la mejora de la investigación durante la residencia y por tanto como comentaba en una especialidad a largo plazo y lo que ya se ha comentado, de aumentar la presencia de la medicina de familia en la universidad de forma autónoma y no ligada a otros, o quizá incluso ligada a otros departamentos, pero que estuviera más presente. Aunque éste es un debate que lleva años haciéndose y no parece que termine de cuajar, pues quizá eso también pueda ayudar a que los médicos de familia investiguemos más. Un reto para el futuro. Muchas gracias.



Ponencia

Análisis de conclusiones de los cuatro años de Seminarios de Innovación en Atención. Impacto práctico

Esther Limón

Directora. Centro ABS Sant Miquel, Granollers Sud. Barcelona

Para mí es un honor que la Fundación de Ciencias de la Salud y el IDIAP al que pertenezco, me invitaran y también no sé si darle las gracias o no a Juan. Antes de empezar me gustaría saber si todos sabéis lo que son los seminarios de innovación, porque vamos hablando todo el rato. ¿Todos sabéis lo que es? Todo el mundo... Bueno Juan, tú lo explicarás después. La compañera de Valladolid no. Para situar el tema, puedo decir, que nos comportamos como un encuentro de expertos o interesados en un tema. Hay unos profesionales que buscan, que proponen cosas, el resto discutimos y por tanto que, se accede por invitación y lo que se genera es conocimiento. Yo fui invitada a participar a partir del año 2008, por eso viene mi reticencia a darle las gracias a Juan, porque me ha hecho valorar desde el 2005 al 2007. Por tanto, espero estar a la altura y si no, como hay varios de los autores de las cosas de las que voy a hablar presentes en la sala, les agradeceré que tengan comprensión pero también rigor y que corrijan lo que diga mal. El título de la ponencia, ya para empezar, me generó muchísimas dudas que se han ido resolviendo a lo largo de las mesas precedentes. Pero lo cierto es que yo dije: ¿impacto? ¿Qué es impacto? ¿Impacto práctico? Y entonces decidí, pragmáticamente, como médico de familia que soy, pararme y decir: lo siento, no presento nada. Equiparar impacto con la cantidad de conocimiento producido y por tanto lo podríamos traducir en la capacidad de hacer publicaciones. Y para lo que os comentaré a continuación he leído las publicaciones de los seminarios que ha habido de 2005 a 2007 y he seleccionado presentaros las que están en revistas de impacto en España, y las que por afinidad personal más me han llamado la atención. Por tanto, lo que os voy a explicar, validez cero y es personal e intransferible.

En el año 2005, el eje temático de los seminarios de innovación fue la coordinación de la atención primaria y la especializada. Entonces se publicó en la revista *Medicina Clínica* un artículo hecho por Juan y por Ana Rico, que hablaba de la innovación en la Unión Europea sobre la coordinación. Y en este artículo hacían una revisión de la situación tanto española como europea. Llegaban a la conclusión de que las experiencias que había sobre coordinación lo que buscaban eran mejoras en factores económicos. También que era más eficiente la coordinación cuando en las unidades a coordinar, el número de personas era pequeño, lo cual es lógico: siempre es mucho más difícil poner orden en una tropa inmensa. Por último, que era fundamental evaluar todas las experiencias que había sobre coordinación de diferentes niveles.

Otra publicación que se hizo este año, ésta en la revista de *Administración Sanitaria*. De esta lectura se llegaba a la conclusión de que, en la coordinación de atención primaria especializada, tanto era necesaria la reforma del sistema como la reforma del ejercicio profesional. Y que la reforma de la reforma iría porque los profesionales de atención primaria fuéramos más libres, más autónomos, también más responsables y que era necesario evaluar la innovación. Que la participación ciudadana en lo que estábamos haciendo era esencial y que tal vez también se debiera reformar el ejercicio profesional. Y para eso se proponía tal vez una fusión entre las organizaciones científicas y los colegios, para que fueran unos nuevos entes que tuvieran reconocimiento interno y reconocimiento externo.

En 2006, el eje temático fue la capacidad de respuesta clínica de la atención primaria. Uno de los artículos me encantó. Si seguimos el resumen, habla de la reputación del médico, que depende de la capacidad y la responsabilidad de autonomía profesional. En el publicado en *Medicina Clínica*, los autores intentan dar respuesta a 7 preguntas. La primera: ¿las necesidades y demandas de salud de la población y de los pacientes, existen, se crean o se transforman? Y aquí aparece la paradoja de salud que ya describía Marta Asch y tú también comentaste, Juan. En los sistemas de salud más avanzados, la población, en cambio, nos sentimos peor atendidos, y esto no deja de ser sorprendente.

Segunda pregunta: la accesibilidad ¿pierde el toque de la atención primaria depende de los recursos o de la gestión de estos? Pues depende de los dos. Inevitablemente, dependerá de cómo nos organicemos para dar respuesta en el día a las tareas que tienen que salir en el día. No es tan fácil como pedir más profesionales, que también, tal vez tengamos que trabajar mejor y priorizar. Priorizar y ordenar.

Tercera pregunta: ¿la integración de los servicios en atención primaria especializada puede mejorar la capacidad de respuesta de la primera? Sí. En un entorno donde nos integremos a nivel territorial y si nosotros trabajamos mejor, la especializada trabaja mejor y el dinero se reparte. Inevitablemente nuestros compañeros del hospital o nosotros mismos ya nos interesaremos por capacitarnos y hacerlo mejor, porque siempre es mejor estar cerca del paciente y nosotros somos más corto-efectivos, al menos eso es lo que dice la literatura.

Cuarta: la cartera de servicios, la asignación de los recursos, la posibilidad de gestionarlos, ¿cómo se encuentra el equilibrio que lleva a la eficiencia? Y aquí los autores hacían la disquisición de: no es posible dar todo a todos y gratis, así que habrá que poner orden, habrá que priorizar, y la participación ciudadana para decidir nuestra cartera de servicios es fundamental.

Quinta pregunta: si el profesional reclama y merece autonomía para realizar su trabajo ¿qué riesgos se pueden transferir? Pues no hay evidencia de cuáles. Además, hay experiencias pero no tienen evidencia de que sea mejor transferir ciertos riesgos o no para la situación de salud de los pacientes.

Sexta pregunta: la lógica lleva a la sustitución de los servicios de abajo a arriba, pero en la práctica hay tendencia inversa ¿por qué? Si el servicio se presta en el lugar adecuado, por profesional adecuado, por razones de eficiencia y de seguridad, sería necesario que nos organizáramos y los médicos hiciéramos de médicos y atendiéramos centrados en las necesidades del ciudadano, las necesidades de los pacientes complejos y exploráramos qué pueden hacer otros compañeros sanitarios que dieran respuestas a cosas que no nos necesitaran a nosotros.

Y por último: los servicios que precisan dependencia en el anciano y otros pacientes frágiles implican necesidad de mayor cooperación entre servicios sanitarios y sociales -os recuerdo, año 2006-. ¿En qué medida exige ello una mayor capacidad de respuesta a la atención primaria? No hay fronteras. No podemos separar lo social de lo sanitario. No es tan fácil sólo medicar a alguien que no está comiendo bien, como ha dicho Rafa Cofiño. Lo que nosotros hacemos es tan poco dentro de la salud de la gente,... No podemos pretender que con la medicalización de la gente demos respuesta a sus necesidades de salud. Sin confundir salud con felicidad, que eso a veces también lo hacemos.

En el año 2007, el eje temático de los seminarios fue la organización de los servicios en atención primaria. Y aquí hay un artículo del cual hay tres autores presentes, publicado en inglés, sobre los médicos de familia con especiales intereses. Este es un tema que en Inglaterra están muy interesados y hay gente que está muy a favor. Yo también estoy de acuerdo con los autores, que debemos de ser prudentes. Hay artículos que dicen que cuando los médicos de familia, para intentar ganar prestigio, nos comportamos de manera superespecializada, dejamos de ser costo-efectivos, porque nos comportamos como especialistas. Por tanto, hay que empezar a promover que haya médicos con especiales intereses, si hay evidencia detrás, si todos los pacientes pueden acceder o los médicos de centros pequeños también pueden acceder, si eso revierte en salud, si no es más costoso, si nosotros conseguimos que nuestros criterios estén en igualdad con los criterios de los especialistas.

Y por último, en el año 2007 os propongo una publicación que habla de las paradojas en la derivación de primaria especializada y lo que no podemos pretender es ponerle trabas a nuestra derivación y que sólo se trabaje con lo que hacemos, con cómo lo hacemos, cuándo lo hacemos. Va más allá de derivar. Lo que hacemos al enviar a un paciente a un nivel secundario va más allá de hacer un papel. Por tanto, si me ciño al criterio de que el impacto es generar conocimiento y por tanto publicar en 3 años. Yo he detectado 22 artículos, de los cuales 8 están indexados en *Main Line*, poniendo seminarios de innovación, no poniendo Gérvas que hay más. Pero poniendo seminarios de innovación hay 8 y 3 de estos son monográficos. Por tanto, si cogemos

aquello que decíamos de los documentales de la 2 y creemos que es verdad que a los médicos nos influyen los "papers", francamente, los seminarios de innovación ¿han influido? Como mínimo han sido productivos, pero no sólo se han hecho papeles, también están en Slice Search. Creo que fuiste tú Sergio (Minué) quien colgaste esto, es decir. Cada vez más los profesionales sanitarios no miramos sólo en las revistas sino que también miramos en la web. Los seminarios de innovación también están en la web. Pero vuelvo a preguntarme lo del principio: ¿significa esto tener impacto? Yo me adhiero a lo que habéis comentado en las diferentes mesas. El modelo Payback. Generar conocimiento, capacitar para la investigación, promover políticas, resultados en salud y resultados económicos. Entonces, como no os puedo hablar de si ciertamente los seminarios de innovación han tenido impacto o no, porque no he podido hacer ningún ensayo, no he podido hacer ninguna cosa, os hablaré a propósito de un caso de mi comunidad autónoma, de las cosas que están pasando. Aquí os hablo de política. El plan de innovación de atención primaria y salud comunitaria se tendría que implementar este año, es un plan en el que han participado varios de los ponentes que han sido invitados a los seminarios. Por lo tanto, qué fue primero: ¿la gallina o el huevo? Ésta es la visión del modelo de atención primaria que, aunque está parado, nos estamos planteando en Cataluña. Más centrado en las necesidades y más cerca de los ciudadanos, con profesionales reconocidos y más informados, más resolutivos e integradores, con capacidad de dar respuesta a elementos emergentes, dependencia, envejecimiento, abierto, dinámico, flexible, con aplicación de las TIC, que facilita la circulación de la información y que genere conocimiento. Pero no sólo esto. Este mismo año, en marzo, en las jornadas nacionales de gestión clínica, le han dado el primer premio, 600 euros, a un proyecto de las SAP Baix Llobregat Centre titulada: Profesional experto GPs with an special interest. El segundo a ACCESIT, una enfermera gestora de casos en el área de corazón. En el año 2005 en septiembre se habló del manejo de los pacientes con insuficiencia cardiaca. Y aquí también se habló del centro de seguimiento de enfermedades crónicas en esas mismas jornadas nacionales de gestión clínica. Por tanto, ¿puedo decir que los seminarios de innovación tienen impacto? No, no lo puedo decir, pero sí que, como mínimo, hay que reconocer la capacidad de anticiparse y promover debates antes que en otros foros. Lo que sí que me gustaría es medir si es capaz de influir verdaderamente. Y me gus-

taría que, como miembros de los seminarios, nos planteáramos, si queremos evaluar para contabilizar las acciones y los productos realizados, si queremos promover *advocasi*, es decir, estimular futuras líneas de investigación y de acción o si queremos evaluar para aprender y extraer lecciones para una futura investigación. No depende de mí, pero en la mesa lo dejo. De todas maneras, me gustaría creer que ya no hay vuelta atrás y que algo vamos a tener que hacer con todo esto, porque como dijo el poeta: caminante no hay camino, se hace camino al andar. Muchas gracias.

Juan Gérvas, moderador

Bueno, bien, muy bonito. Me toca terminar. Antes de empezar con el último debate, mis cuestiones son muy prácticas y sencillas. No podemos evaluar, en este momento, probablemente el impacto de los seminarios más allá de que claramente estamos estableciendo la agenda. Lo cual es un milagro, que una red informal, por muy poderosa que sea, pero finalmente informal en las que hay relaciones débiles. Porque finalmente no somos muchos, ni tampoco amigos personales [yo entiendo por amigo el que me invita a su casa y yo voy a su casa y él viene a mi casa... muchos de los seminarios no han estado en mi casa, y yo no he estado en su casa], pero nos consideramos buenos compañeros. Esas relaciones débiles están logrando poner en la agenda cuestiones por primera vez sobre Atención Primaria. Y lo estamos logrando. Ha sacado antes el ejemplo Rafa (Cofiño) de la prevención también en la Comunidad Asturiana, y acaba de sacar Esther (Limón) el problema. Incluso, por ejemplo, la preocupación que tiene ahora el PAPPS, el Programa de Atención Primaria de Promoción de la Salud y de la Prevención por la priorización que claramente procede de los seminarios. Da exactamente igual que adelantemos cuestiones pero lo estamos haciendo. Por ejemplo, este año la preocupación es sobre la validez de los métodos diagnósticos, que es un problema mundial, y no tiene ningún mérito. Es estar alerta a lo que se está preocupando en el mundo. Intentar traducirlo a España. Que esa es la preocupación principal de los seminarios de innovación. Qué inquieta al mundo y cómo se puede trasladar eso a nuestras consultas. Y voy a dar el ejemplo que en estos días a mí me ha preocupado y que ha salido en las clases que estoy dando en

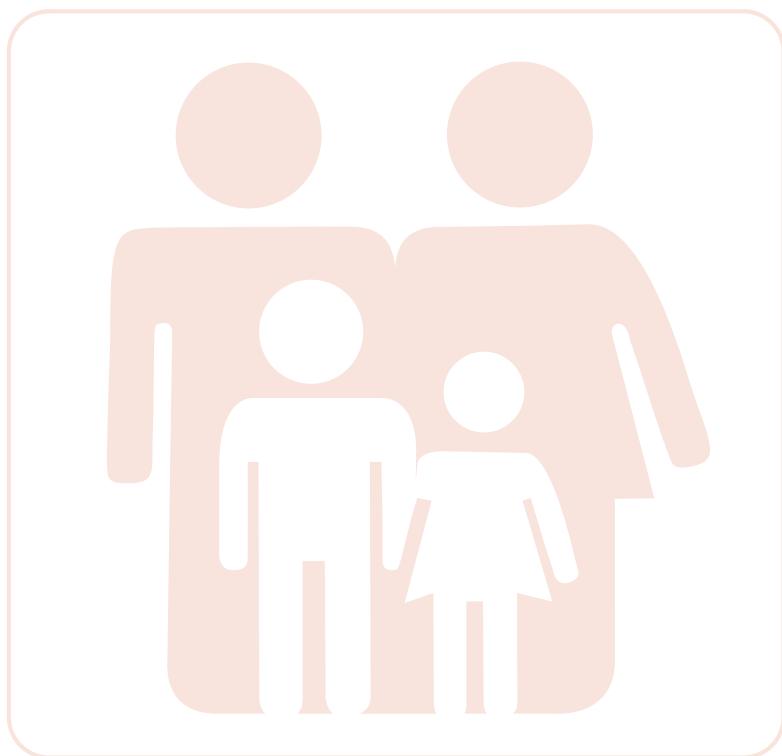
la Escuela de Salud Pública. Tengo que decir que están aquí los alumnos del diplomado de salud pública, algunos de ellos no son españoles, pero llevan mucho tiempo y conocen mucho español y mucho del sistema español sanitario, hasta el punto de saber mejor que una gran parte de médicos, enfermeras y trabajadores sociales sobre cómo funciona el sistema sanitario español. El ejemplo lo pongo con una innovación que ha tardado 25 años, porque los 17 años de Luis (García Olmos) a mi me parecen muy optimistas... 25 años en llegar a cambiar una decisión del ministerio de sanidad y es la vacunación antitetánica. En el documento que ha sacado en febrero el Ministerio de Sanidad, por primera vez públicamente, se recomienda exclusivamente una vacuna de revacunación a los 65 años. Vacunar en la adolescencia y la siguiente dosis de recuerdo a los 65 años. Es la primera vez que el Ministerio de Sanidad reconoce en un texto que ésa tiene que ser su política de vacunación y la recomienda al resto del país. Digo 25 años porque en España y en Inglaterra eso estaba demostrado hace 25 años sin ninguna duda. Y hace del orden de 15 años se adoptó como política sanitaria en el Reino Unido con la demostración de que era mucho más eficaz que cada 10 años. Quien lo demostró en España fue un médico que innovó. Un médico de pueblo, Luis Palomo, y que hizo lo que todos hicimos, más algo que no hacemos. Cuando llegó al pueblo Barrado vacunó a toda la población. Y a los 10 años pidió un FIS, pidió una ayuda de investigación para medir en sangre los cambios en los anticuerpos, es decir, para ver la seroconversión. Cosa que los demás no hemos hecho, e además hizo el tercer paso. Una vez que demostró que en la práctica la vacunación había influido muy poco en los niveles de seroconversión y que bastaba con una dosis de recuerdo o incluso con que el individuo hubiera hecho la mili 20 años antes para tener niveles suficientes, publicarlo. Y lo publicó en el 87, en la revista que juzgó como de mayor impacto que es la revista de *Sanidad e Higiene Pública* que es la actual *Revista Española de Salud Pública*, es decir, la revista del Ministerio, buscando objetivamente el impacto político. Inocente como era, no supuso que iba a tener que esperar 25 años, en este caso 22 años, a que tuviera una respuesta política pública. Yo conocí a Luis Palomo a partir de aquella publicación y en este momento lo considero amigo, he estado en su casa y él ha estado en mi casa. Y me uní a su campaña. O sea, hubo un médico que hizo una cosa, que se preguntó, que contestó con métodos científicos y que publicó, y si no lo hubiera publicado yo no lo hubiera cono-

cido ni apoyado. La segunda cosa que hemos hecho es ser corredores de fondo. No nos hemos cansado de insistir que ésa es la pauta científica. La última publicación la tenemos en prensa, en el año 2009 y estoy hablando desde el 87. En prensa en *Atención Primaria*. ¿Por qué en prensa en *Atención Primaria*? Porque en enero la Sociedad Española de Medicina de Familia, la semFYC, publicó su decisión en *Atención Primaria* de revacunar cada 10 años del tétanos. E incansables Luis Palomo y yo mandamos una carta al director, que ha sido admitida y que se va a publicar cuando ya el Ministerio ha cambiado su política por primera vez. La anterior carta al director fue en *Medicina Clínica*, cuando un grupo de urgencias de hospitales recomendó de nuevo cada 10 años la vacunación. Impertérritos mandamos la carta a *Medicina Clínica* y nos la publicaron sin respuesta de los autores. Esa constancia, creo que es un poco parecido a lo que decía Pilar (Rodríguez Ledo) antes de pagar el peaje de la zona azul cuando haces avisos en la ciudad, habría que pagarla pero no la paga. Hay que estar preparados para lo que ha sucedido al final y es que en el documento en el que se recomienda el cambio, no se cita ninguno de los trabajos de Luis Palomo. Se citan trabajos de Chipre, de Turquía, de Holanda, de Grecia, de Estados Unidos, del Reino Unido, de Holanda... de hace 60 años y no se cita en ningún momento a Luis Palomo. La siguiente fase es que te reconozcan. Como somos incansables y él es el principal firmante, yo estoy actuando de *lobby*, para señalar que eso es indigno, porque la forma de que te paguen al menos es que te reconozcan. Si queremos que haya muchos Luis Palomos habrá que reconocérselo en público. Mi queja ha llegado al Director de Salud Pública del Ministerio, o sea yo cuando me pongo en movimiento, me pongo en movimiento y espero que haya respuestas porque voy a seguir haciendo presión hasta que las haya. Y no voy a parar, me va en ello la vida, porque además yo soy uno de los firmantes, pero es Luis Palomo el que cuenta. Así que cuando uno propaga innovación, tiene que sentir satisfacción suficiente con que llegue a una decisión política aunque no te lo reconozcan. Hay que estar preparados. Hay que admitirlo, nos va a pasar. Y hay que dar el siguiente salto en la innovación, lo cual creo que es muy importante. Y es ahora cuando hay que preparar la estrategia para que esa postura del Ministerio se lleve a los centros de salud. Y hay que saber qué sucede en la realidad. ¿Qué va a pasar en la realidad? Que montones de enfermeras se van a sentir que han hecho el ridículo, porque hasta hoy mismo y a lo mejor hasta du-

rante este año van a seguir diciendo en sus consultas: a los enfermos, que hay que revacunar cada 10 años y cuando llegue el nuevo conocimiento van a decirte: "y ahora ¿qué le digo yo a los pacientes que les tengo machacados que la revacunación es cada 10 años?". Hay que preparar una estrategia que apoye la decisión en la clínica práctica de los médicos y enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales que son honrados, pero no investigan, no estudian, no leen, pero siguen siendo honrados. Y yo creo que hay que darles los argumentos suficientes en una o en dos páginas que explique claramente qué justificación tiene el cambio, qué caminos se han seguido, para asegurarnos de que finalmente esto llega a quien nos interesa, que es la población. Y que ya no tenga que correr el riesgo que decía Alicia (Gutiérrez), cuando un paciente mío por desgracia tiene una herida el fin de semana, y en los servicios de urgencia le ponen la vacuna antitetánica, porque sí, porque toca, y además quieren que yo le ponga la siguiente del mes y entonces yo me la juego cuando digo: "no, no hace falta, no tiene fundamento científico". ¿Y si tiene un tétanos? Porque está descrito en la literatura, que se puede tener tétanos con niveles de anticuerpos suficientes como para no tenerla, o sea que, aunque esté vacunado hace 20 años y tenga niveles en sangre, puede tener tétanos. Naturalmente si tiene tétanos después de que le he dicho que no se ponga la segunda dosis, la cual le han dicho en urgencias que debía ponerse, estoy corriendo un grave riesgo, pero bueno yo entiendo que esa es mi profesión, la de correr riesgos. Así manejo la incertidumbre, no me importa terminar en la cárcel si es por hacer las cosas como dios manda. Pero mucha gente no está dispuesta a terminar en la cárcel, la mayoría. Y hay que buscar mecanismos para que puedan tomar decisiones. Yo creo que es un buenísimo ejemplo que podemos ir siguiendo. De los seminarios de innovación sólo tengo que corregir algo a Esther (Limón) y es que esos artículos publicados llevan tres autores de firma y los seminarios llevan el grupo entero, porque los artículos se discuten por circuitos de Internet entre todos y todos firman. Esa evidencia ha sido difícil, por ejemplo en las revistas inglesas o en las revistas de higiene pública, han discutido que tantos autores pudieran firmar; bueno es un autor colectivo y deben firmarlo y en el *New England* hay artículos que lo firman 45 personas, así que aquí también queremos que conste el nombre de todos y cada uno de ellos. Finalmente lo hemos conseguido siempre, porque son productos colectivos. Yo creo que podríamos se-

guir como ejemplo el impacto de los seminarios a largo plazo y el problema de la insuficiencia cardíaca. La insuficiencia cardíaca es un síndrome, y no una enfermedad, que conlleva un enorme sufrimiento personal y familiar, un enorme impacto en el consumo de recursos y tiempo, cuya solución, ante el fracaso de la medicina general en el mundo y de la medicina de familia, ha sido el desarrollo de unidades verticales de insuficiencia cardíaca. Además tienen un montón de ensayos clínicos en *Circulation* y en todas las mejores revistas del mundo que han demostrado su eficacia. Claro, el problema es que cuando lo investigas y te das cuenta de que tienen eficacia esas unidades. Pero con cosas rutinarias de Atención Primaria como es el conocimiento personal entre el profesional y el paciente, como la visita al domicilio y el conocimiento del lugar, como la cooperación del paciente, del familiar en el seguimiento por electrónica, por peso. En definitiva, cosas tan sencillas como pasarse salva vidas, retrasa muertes y disminuye el sufrimiento. Es indigno que eso lo tengan que hacer las unidades de cuidados intensivos cuando lo podemos hacer nosotros. Hemos defendido con mucha fuerza eso, con cierto fracaso, porque de hecho mucha gente, incluso de Atención Primaria en Barcelona está probando el sistema de unidades de cuidados intensivos, respuestas verticales en vez de horizontales. Pero yo espero que si seguimos presionando sobre la cuestión, en un plazo de 25 años [que yo no viviré, mis hijos, que me pronostican una supervivencia de 20 años, yo creo que me quieren y porque sé que será probablemente de 15, sobre todo al ritmo que llevo], podría ser un medidor, un indicador con el que pudiéramos seguir esa innovación, que nos proponen las unidades de insuficiencia cardíaca y que nosotros proponemos salga del hospital y de las estructuras verticales y pase a primaria. Si esa innovación se pusiese en primaria, realmente cambiaría la vida de nuestros pacientes. Tengo que decir que son innovaciones extraordinariamente eficaces. En el curso de mi vida, cuando se habla de impacto, introducir IECA en mis pacientes con insuficiencia cardíaca y los β -bloqueantes ha hecho que el 50% ya no se muera al año siguiente. Así que la insuficiencia cardíaca ahora en mi consulta es una verdadera enfermedad crónica, dura muchísimos años, mis pacientes tienen una calidad de vida increíble y una duración increíble. Sencillamente por introducir el β -bloqueante, y el IECA, por introducir con más seguridad y firmeza los diuréticos y manejar con mucho más cuidado los digitálicos. Simplicísimos cambios que yo he adquirido en la lectura y que he

introducido en mi clínica hace ya muchos años, que han cambiado la vida de mis pacientes, lo cual a mí me parece increíble, porque yo Rafa (Cofiño), me siento muy inútil como médico, yo entiendo que claro la salud depende de los determinantes de salud, pero en algunos campos soy crítico y de lo que yo haga depende la vida de mis pacientes, no la vida, sino la calidad de vida. Y uno de los campos en que claramente lo demuestra es en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca que hemos tratado en los seminarios de innovación. Pasamos al debate, muchas gracias. ¿Tengo que empezar haciéndome una pregunta a mí mismo?



Turno de preguntas de la tercera mesa redonda

Pregunta

Raimundo Pastor Sánchez: Hola buenos días me llamo Raimundo Pastor. Dos cosas, una es que expliques el funcionamiento de lo que es un día de seminario porque es algo muy diferente, por ejemplo a como estamos reunidos aquí que esto es muy tradicional, una mesa, ponentes y eso es muy original y un poco cómo ha ido evolucionando a lo largo de los años. Y lo otro es la originalidad, parte de los seminarios no se celebra en el seminario, sino que se celebra por las redes informales, pero hay más originalidad, no sólo en la estructura sino, digamos en la ideología de pretender hacer cambios. Sobre todo por la gente que no ha estado ¿se lo podrías explicar?

Respuesta

Juan Gérvas: Sí gracias. No estamos compinchados. Los seminarios son muy especiales. Incluso en el mundo entero, es decir que conozco el mundo de Australia a España, sobre todo el mundo desarrollado, son insólitos. Lo primero es que la pertenencia al seminario no depende en absoluto de ninguna formalidad, depende de tu propia valía y depende de que sigas participando en los seminarios, si no participas en los seminarios no se te vuelve a invitar. Lo segundo es que el primer año de los seminarios lo hicimos entre la gente que tenía conocimiento, es decir, que publicaba y descubrimos que éramos una panda de viejos varones. Claro y le echamos imaginación, que es una palabra que también ha salido poco, Carlos (Hernández) tienes razón, hay algunas palabras que han salido poco. Le echamos imaginación y dijimos, el segundo año de los seminarios cada uno que elija una pareja que sea de sexo contrario y más joven. Consecuencia: como éramos hombres y viejos pues aparecieron mujeres y jóvenes. ¿De acuerdo? Eso fue importante. Lo tercero es: el debate no tiene sentido ninguno a vote pronto. Como el que tenemos aquí hoy, el debate tiene que estar preparado como mínimo con 15 días de

antelación de trabajo en la red. Así que dicho y hecho, los textos y propuestas de ponente y contraponente, como mínimo circulan con dos semanas de antelación. Al principio, los ponentes hacían preguntas para que las contestasen los asistentes y hace ya 3 años hemos cambiado y los asistentes tienen que hacer preguntas antes del debate, antes de la presentación física, después de leer los textos. Con lo cual se fuerza a que se lean los textos y tienen que hacer preguntas. Y hay una cosa muy interesante en el debate previo al seminario y es que se miden a las personas. Es decir, asiste un nuevo residente que hemos localizado, un tipo de esos raros que localizamos, como Alicia (Gutiérrez) o como esta gente rara Javier Padilla, de Sevilla, ¿cómo se le mide a Javier Padilla si hemos acertado o no? con las preguntas y comentarios que haga antes del seminario en la Red, porque se manda a todo el mundo y todo el mundo las recibe, con lo cual hay una especie de evaluación por pares, de si este chaval que hemos elegido vale lo que vale o no vale lo que vale. ¿Se entiende? Lo cual nos fuerza a que los comentarios más o menos son pensados y a que la gente circule bibliografía y experiencia insólita, de esa que nadie conoce. Publicado en una revista rarísima o hecho en una comunidad autónoma rara como Cataluña, en Gerona, eso te sale allí, porque allí te informas, eso no está ni en el Diario Médico. Ese intercambio es muy importante porque va señalando... Con lo cual el día del debate, los ponentes, primero había sólo un ponente y ahora hay un ponente y dos contrapuntos. El ponente establece la tesis general y los contrapuntos lo ponen en su sitio o local, o con un ejemplo. De manera que ya hay una postura distinta. Tengo que decir que nos salió mal una cosa. Durante un año además invitamos a un político, que así conocimos a Rafa (Cofiño), que lo considerábamos político, e invitábamos a un centro de salud a que hablase con administrativos, con enfermeras, con médicos sobre la cuestión y así implicamos a Paco (Buitrago). No salió muy bien esa experiencia, ese tiempo no era muy productivo. Costaba que se implicasen, porque lo que genera una buena dinámica es que en los seminarios hay un núcleo, son 50 personas más o menos las que asisten, pero hay un núcleo de 20 o 30 que llevan ya casi los 5 años y eso genera una dinámica en la cual la gente se siente tranquila, puede decir tonterías, no nos medimos, aquí no está en juego una cátedra, aquí somos quienes somos y podemos decir las cosas que de verdad hacemos, no tenemos que mentir, no tenemos que fingir, no hay incentivos, aquí no se paga nada. Por cierto sí se paga, a un pequeño núcleo

de 15 se le ayuda a venir, ese pequeño núcleo de 15 va cambiando cada año y fundamentalmente son los residentes jóvenes que no tienen dinero, que suponemos no tienen dinero y a los que se les ayuda con una bolsa, que se organiza, que paga el viaje y que no queremos saber en qué se lo gastan, en lo que quieran, pero en fin, se les ayuda para que puedan asistir. Entonces, en la sesión del debate, el trabajo es muy productivo porque los ponentes y contraponentes saben lo que se ha discutido, han participado incluso en la discusión, saben la bibliografía que ha circulado, la adicional que se ha mandado y el debate entonces empieza desde cien, no desde cero. Y ya la presentación del ponente no es repetir el texto, sino empezar a dar contestación a las cuestiones que se han suscitado. Se para, eso es solamente hora y media, se toma un café y luego hay casi cuatro horas de debate y discusión. De cuyo debate y discusión intento sacar al menos un artículo que circule entre todos y funcione. Eso últimamente está yendo muy lento porque es que el publicar, el otro dijo que escribir en España era morir, dijo Larra, era llorar ¿no?, yo creo que publicar es morir en España, porque si cuento los tiempos de los de Luis Miguel García Olmos hay que ser optimista, los tiempos que ha puesto Luis Miguel entre que lo mandas, te lo evalúan, y entre que lo evalúan y te lo publican, en fin no tienen que ver con la realidad. Puede pasarse un año, año y medio, dos años en la publicación de un texto especialmente en cuanto te lo devuelvan en una revista. Y claro, en fin, hay circunstancias también personales de la vida...

Rafa Cofiño: Quería insistir, profundizar un poquito en los seminarios. Yo, aparte del agradecimiento que no dí antes en la exposición, yo entré por primera vez el año pasado en los seminarios y realmente creo que es de una productividad y de una riqueza de aprendizaje inmensa. Yo cada vez que leo los textos que manda la gente, la bibliografía y demás, en un año aprendí muchísimo. Incluso hoy con los textos que enviaron los compañeros aprendí un montón de cosas. Entonces en ese sentido la metodología yo creo que es muy rica. No es innovadora, que es lo que nos ocurre siempre con tema médico, es decir, es innovadora en el campo médico, pero cuando tú a otro tipo de profesionales le cuentas que vas a una charla que no hay interacción previa, que no sabes de qué va a hablar el ponente, alucinan ¿no? pero en nuestra formación académica médica estamos acostumbrados a esto, al tema vertical.

Entonces por eso en nuestro campo profesional sí que es una innovación muy importante. Incluso el tema de animar es un poco el tema de la información y el tema de redes. Nosotros por ejemplo la experiencia en Asturias cuando se hizo desde un punto de vista institucional, trabajamos con la misma metodología más o menos. Tuvimos la suerte de contar con Juan (Gérvas) y con Manuel con el tema de prevención, promoción y episocial. Y el tema fue de un impacto grandísimo a los profesionales de salud que participaron. De hecho, y lo digo claramente, fue el primer acto organizado por la institución de la consejería que realmente fue aprobado por los profesionales que participaron en una situación de conflicto político que tenemos ahora mismo con los profesionales. O sea, que toda la gente quedó encantada en el sentido de decir que se genera ese espíritu crítico y esa metodología de participación e interacción. Entonces yo creo que los compañeros lo desarrollasteis durante estos años y participasteis sobre un tema que hay que valorar muchísimo y sobre todo el agradecimiento de los que tuvimos suerte de participar o tenemos la suerte de participar en ellos.

Juan Gérvas: Yo creo que ahí hay un aspecto importante Rafa (Cofiño) y es la transversalidad. Es decir, cualquiera cuenta, porque eso también lo permite mucho el medio electrónico. En el debate hay jerarquías hablando en plata y Josep Casajuana de Barcelona que es el gerente. Naturalmente el residente de Barcelona que está es el gerente de Barcelona y en la presencia física puede sentirse con dificultades para hablar libremente, con Internet muchísimo menos, porque en Internet sabe que lo va a recibir él y muchísima gente más. Puede escribir con muchísima más tranquilidad sin la presencia física que puede apabullar. Yo creo que eso libera mucho el espíritu crítico con el que la gente se expresa pero quería oír la opinión de Esther (Limón) y de Alicia (Gutiérrez) sobre el espíritu crítico o libre para propuestas de innovación innovadora en el seminario, para no tener frenos a tener que ser políticamente correctos.

Esther Limón: Yo lo que agradezco de una experiencia como ésta, es que las personas son quienes son, no los cargos que ocupan. Ha habido ahora una experiencia muy divertida en la cual los residentes han intentado hacer una publicación colectiva que a los más académicos no les ha parecido tan bien

pero lo han podido decir. Es importante tener libertad para poder ser creativo porque en un entorno en el que estamos de crisis económica y tal, si no somos creativos con lo que tenemos, no lograremos hacer todo lo que tenemos que hacer. Entonces cualquier oportunidad de que alguien tenga una idea y que la ponga en la red es bueno. Estamos asistiendo ahora a un debate entre residentes y Julio Bonis ha propuesto un artículo que publicó en *Medicina Clínica* en el año 2005 sumamente interesante sobre la evaluación de sistemas expertos en la ayuda de toma de decisiones. Es imposible estar a la altura de todo lo que es innovación en atención primaria, es imposible porque cada uno de nosotros tiende a buscar los artículos del tema que le gusta. Entonces cuando se genera un tema, porque esa red de correos siempre está funcionando, entonces de repente empiezan a llegar artículos que es lo que tú comentabas, artículos de revistas extrañísimas que tú ni siquiera sabías que existían y se empieza a generar debate. Por tanto, yo doy la bienvenida a todo lo que sea abrir las ventanas, abrir las puertas, a decir las cosas como son, sin tener miedo. Porque no se hace en contexto de institución, se hace en sede académica, todos somos médicos y todos podemos hablar, y eso está muy bien.

Alicia Gutiérrez: Quiero decir de los seminarios de innovación, realmente yo los definiría con una palabra y es esperanza o al menos es como yo lo he vivido. Yo conocí a Juan en un curso de doctorado con Ángel Otero cuando yo estaba haciendo el doctorado en medicina preventiva y salud pública y bueno, su clase, como ya le dije ayer, me impactó mucho. Luego me invitó a través de Luis (García Olmos) a los seminarios de innovación y he ido sobre todo a los de 2008 y allí ha sido sorprendente porque me he encontrado con gente de otras generaciones y con residentes con las mismas inquietudes que tenía yo y de mi comunidad autónoma y de otras comunidades. Y es una esperanza porque realmente cuando empiezas la residencia, estás en tu área de salud, te puedes ahogar mucho en la rutina: con las guardias, vas de rotación en rotación por los hospitales, puedes tener una cierta desconexión con tu tutor y te puedes ahogar y quemarte en los problemas. Entonces luego llegas a los seminarios de innovación y tienes estos debates en red tan interesantes. Ves gente que tiene tus preocupaciones, que quiere ir más allá de la rutina del día a día y realmente yo lo he vivido como un regalo, un regalo de conocimiento también y realmente de poder conversar con todos vosotros y con personas que llevan años

investigando en ciertos temas, que tienen sus opiniones, poder hablar libremente. Se pueden decir las cosas cara a cara las verdades y realmente se puede hablar, no discutir sino hablar y la originalidad que tienen los seminarios para los residentes es fundamental. Es descubrir que no estás solo en el desierto y las redes de residentes que hemos creado, que cada vez va aumentando, es precioso. Tendríais que ver los encuentros que tenemos por la Red, que muchos ya los conocéis, pero se están creando realmente redes para investigar, que serán fuertes porque tenemos todavía mucho tiempo por delante. Además también se crean amistades, he estado en casa de algunos y ellos han estado en mi casa y antes no los conocía, y realmente como son gente con las que tienes estas conexiones tan fuertes, al final se generan sentimientos humanos, con lo que pueden salir también amistades muy bonitas.

Pregunta

Esther Limón: Tengo una pregunta para ti Juan. Yo vuelvo a mi tema. Pongamos sobre la mesa cómo las iniciativas como los seminarios u otros encuentros de profesionales generan conocimiento, ¿Cómo se puede traducir eso? ¿Qué es lo hay que hacer? ¿Qué alianzas hay que establecer para que de la publicación se pase a la política y al resultado en salud? Para que todos estos brindis al sol tan bonitos que llevamos haciendo desde el año 2005 de verdad se traduzcan en el plato de garbanzos de los abuelos en casa... o si alguien del auditorio sabe cuál es la alianza o la estrategia, pasar del paper al domicilio.

Respuesta

Juan Gervas: Contestaré luego, porque yo creo que es la pregunta básica. Hay tres palabras, Miguel Amengual, Sergio (Minué) y Concha (Violán).

Miguel Amengual: Si buenos días soy Miguel Amengual. Bueno lo primero felicitar a las mesas anteriores. Han sido muy interesantes y a Juan (Gervas), que bueno nos conocemos desde hace mucho tiempo y yo siempre le defino cuando me dicen: "¿Cómo es Juan?" "Como un tanque". Yo estoy

muy contento con la participación en los seminarios, me parece que estamos aprendiendo muchísimo y que es un sitio donde estamos a gusto y lo pasamos bien, o sea que aparte de la ciencia hay estas otras circunstancias. Quería destacar también el aspecto de la multidisciplinariedad, no lo hemos comentado pero es un grupo muy rico en el que hay mucha gente distinta. A lo mejor al principio, yo no creo que estuve ni el primer ni el segundo, pero a partir del segundo he acudido regularmente y siempre que he podido. Hay de todo: hay residentes con ideas muy frescas y con cosas muy interesantes, hay gente que trabaja en la gestión, hay farmacéuticos, hay enfermeras, hay el gran bloque que son médicos, hay gente que trabaja en el ámbito rural o en el ámbito urbano y además hay un ambiente muy bueno donde circula la información científica, se trabaja la información científica y donde nos encontramos cómodos también. Porque claro, cuando vas a un sitio muy serio, muy riguroso y hablas y te dan detrás, te dan una colleja, es que esto que dices... hay un respeto absoluto y además un compromiso porque la gente se implica, se lo estudia y claro no dice ninguna obviedad, o sea que las cosas están muy pensadas. Únicamente quería hacer esta reflexión y daros las gracias.

Sergio Minué: Solamente quería un poco como reflexión de lo que también hablábamos antes de lo de las redes formales e informales al hilo de los seminarios. Con todas las limitaciones que tiene el análisis de las revistas que he hecho para la jornada de hoy. A mi me sorprendió mucho, me llamó mucho la atención el porcentaje tan alto que tienen los seminarios en tan poco tiempo, hasta el punto de que prácticamente están en el mismo y vuelvo a insistir en las limitaciones del análisis. Pero está prácticamente en el mismo porcentaje que tiene el resto de las escuelas que no son universitarias en España y que tiene gente muy importante entre ellas, la mía. Por lo tanto, yo creo que es tanto mérito nuestro, de las escuelas, no tanto porque no se realice investigación, en mi escuela hemos mejorado bastante lo que es el factor de impacto como institución en su conjunto lo que pasa es que nos dedicamos a otras cosas. Pero aparte del mérito de que no es una prioridad, posiblemente investigar en Atención Primaria ahora mismo por parte de las escuelas, desde luego creo que es cosa del mérito de los propios seminarios y vuelvo a insistir en el papel de las redes informales. Si hay un propósito común, que es una característica de las redes con fundamento, si hay un

propósito suficientemente interesante y hay una constancia en conseguir el objetivo, que en este caso yo creo que clarísimamente es la publicación, los resultados pueden ser aparentemente similares a los que encuentres en instituciones formales y burocráticas donde precisamente esa burocracia es la que muchas veces imposibilita el conseguir esos resultados.

Juan Gérvas: Yo creo que esa cuestión es muy importante. De hecho hemos empezado con filosofía en la primera presentación, sacasteis cosas de filosofía y yo creo que terminaremos también con filosofía. Lamentablemente no transmitimos a los profesionales sanitarios la dignidad y el orgullo de ser capaces de responder por sí mismos a preguntas interesantes. Y yo creo que eso es clave, porque si no siempre estamos esperando un FIS, siempre estamos esperando una consejería, siempre estamos esperando un departamento de investigación que nos ayude. Hay que empezar desde cero en el desierto, porque no estamos en el desierto, eso es falso, estamos en un espléndido bosque, en el que lamentablemente no nos vemos unos a otros, pero hoy España, sobre todo cuando uno lo contrasta con países realmente con dificultades, es un vergel de ideas, de recursos, de instituciones, de personas y yo lo puedo comparar con mi propia práctica clínica cuando terminé mi carrera en el año 71, no hay color del número de compañeros con los que yo hoy puedo compartir inquietudes científicas, es otro mundo. Es pasar del desierto realmente a un bosque florido. Pero eso no se les transmite a los residentes, justamente se les transmite casi lo contrario: "no hay tiempo, no se puede, es horrible, no tenemos dinero, no hay presupuesto..." y yo creo que transmitirle a los residentes, transmitirle al médico normal, a la enfermera normal, al farmacéutico normal que hay un mundo vivo, accesible sencillamente con unas teclas que puedes golpear a las cuatro de la mañana es lo que ha hecho en último de los seminarios, me parece a mí. Y eso es poderosísimo, mucho más poderoso que los presupuestos del ministerio de la escuela de salud pública de España.

Pregunta

Concepción Violán: Vamos a ver, yo quería hacer dos propuestas, que se me han ocurrido ahora a vote pronto y por tanto a someterlas a debate.

Pero una era proponeros a los que estamos aquí o al resto de los seminarios de mandar una carta porque yo creo que aquí hay una ausencia muy importante. Al Carlos III se le invitó y no ha querido estar, por tanto, yo creo que las conclusiones de esta jornada, de lo que hay que hacer en investigación en primaria, un colectivo tan importante como el que somos, mandar una carta no estaría mal, con las conclusiones de la jornada. Porque al menos se sensibilizaran y se acordaran de aquello que hace tanto tiempo que decimos que también existe vida inteligente en Atención Primaria. A mi es una reflexión que me parece importante. Y la segunda, es que la otra propuesta que quería hacer, si se acepta, era que los artículos que están muy bien identificados, se manden a las comunidades autónomas y a los responsables. Porque a veces pueden tener acceso a veces no. Quizá no los mandemos todos porque la información abrumba pero seleccionar algunos como elementos clave que permitan el avance de la investigación y de la innovación en Atención Primaria, porque no todas las comunidades recogen las propuestas que se hacen. Como colectivo de expertos o como le queramos llamar de una red informal de primaria o de investigación en primaria merecería la pena hacerlo. A debate del auditorio lo dejo.

Respuesta

Juan Gérvas: En lo que a mí respecta, yo creo que la carta no hay el menor problema, elaborar unas conclusiones que circulen entre los que han estado inscritos. Mar (Tamargo) ¿tenemos el correo electrónico de los que se han inscrito? Sí, no hay ningún problema, en el curso del fin de semana podéis recibir una lista de conclusiones y estar de acuerdo o no y modificarla y hacerlo como carta pública, abierta al Instituto de Salud Carlos III sin ningún problema. Claro, cuando se hace una carta abierta el camino para que la lean son los diarios, ya lo sabemos y además tenemos eco. La segunda le veo una dificultad y es identificar a los responsables. Cuando yo he contactado con el Director de Salud Pública del Ministerio de Sanidad por el problema de la vacuna y la falta de reconocimiento de Luis Palomo, la dificultad que tiene es entender cómo se ha tomado esa decisión porque no se había enterado. O sea que ¿cómo se toman las decisiones en España, y en el mundo entero?

¿Cómo se toman las decisiones políticas? No lo sabemos. Yo sostengo, claro en España no hay barbacoas y ahora la clase alta lo que hace es jugar a golf. Igual que un amigo mío me recomendaba tener televisión, que no tenemos: "tienes que tener televisión que si no, no entiendes a los pacientes". Me he resistido, sigo sin tenerla, pero creo que hay que tenerla, pues creo que habrá que aprender a jugar al golf para influir en los políticos. Pero si se identifican a responsables que puedan tomar decisiones en distintos aspectos de distintos seminarios no costaría nada hacer una selección y mandarlo.

Francisco Buitrago: Había dicho antes Alicia (Gutiérrez) que uno de los éxitos de los seminarios era la esperanza, luego le he escuchado a Sergio (Minué), lo de la multidisciplinariedad como uno de los puntos fuertes de los seminarios, y yo añadiría una que es la calidad. La calidad de la gente que participáis en los seminarios. Y yo que solamente he participado en el último y ahora sí he seguido lo que se ha publicado sobre todo en *Atención Primaria* y en *Medicina Clínica* que son las revistas que me llegan, *Medicina Clínica*, una porque la pago y otra porque llega habitualmente de siempre, también antes la pagaba, *Atención Primaria*. Y sí que he leído lo que se ha publicado y siempre he sentido incluso a nivel personal cierto, digamos cierta envidia sana de no estar en los seminarios. "Oye está gente que está en los seminarios es gente buena y gente de calidad". Entonces yo creo que parte del éxito sin duda de los seminarios, aparte de la organización, la gente de la que está rodeado, es gente de peso. Incluyendo y yo creo que eso es mérito vuestro, de la gente joven, la savia nueva que introducís es gente que tiene... Yo veo los correos de Alicia (Gutiérrez), de Esther (Limón), de Tiago Villanueva, de gente que tal, y creo eso es un mérito, la calidad de la gente que os rodeáis. Yo os animo a que sigáis, porque no sé qué impacto tendrá esto dentro de algunos años pero desde luego refrescáis las neuronas. Y eso siempre es de agradecer.

Juan Gérvas: Terminamos a las dos y cuarto en punto. ¿Hay alguna pregunta? A Rafa (Cofiño) lo voy a meter yo en el lío. Vamos a ver porque Rafa (Cofiño) sacó una cuestión que es interesante y creo que Esther (Limón) también la ha sacado. En los seminarios lo último que hay es unanimidad. O sea los textos, yo que los manejo, para llegar al consenso... en fin. Porque es que te corrigen cualquier cosa, los compañeros del seminario. Pero se ha plan-

teado una situación muy interesante últimamente en la que no hemos llegado a consenso porque no era necesario. Tiago Villanueva [tenemos también participación de residentes portugueses y estamos abiertos a recibir y hemos tenido participación en español, en inglés, en francés y en portugués; no hay ningún problema, se puede participar en todos esos idiomas], uno de los residentes, el portugués, sacó la convocatoria que hacía la revista *Lancet*, para que jóvenes médicos, residentes o jóvenes menores de 30 años creo que era, hicieran propuestas en una página escritas en español, en inglés, en francés, en varios idiomas de innovación en países pobres. ¿De acuerdo? Los residentes de los seminarios hicieron propuestas de innovación, que no tenían por qué ser estudios científicos, no necesitaban referencias, que fueran ideas frescas, cosas nuevas que se pudieran hacer. Naturalmente, la convocatoria tenía restricciones: había que ser menor de 30, había que hacerlo como unipersonal, en fin había restricciones. Cuando salió la convocatoria, Tiago Villanueva la circuló, el residente portugués, uno de los que participa, porque ya hay varios que quieren participar, en la lista hubo gente liderada por Julio Bonis y Rafa Cofiño, por eso están aquí, que propuso saltarse las reglas. Hubo gente como yo, que si hay una convocatoria con unas normas, pues vamos a respetarlas. Bueno, esto es como lo de Mao, dejemos que florezcan las mil flores. Entonces ellos, hasta donde sé, porque no me he enterado de todos los detalles, se han inventado un personaje y han presentado a la convocatoria una propuesta. Por otra parte, otros tres residentes, el propio Tiago Villanueva, Raquel Bravo y Elena Serrano han presentado a su vez propuestas formales cumpliendo con las normas en la esperanza de que también se admitan y ahora veremos el fruto que probablemente es que ninguno de todos ellos es admitido porque la convocatoria finalmente era mundial y supongo que habrá ideas geniales. Pero sí creo que es un buen ejemplo del comportamiento en el seminario. Cualquier actitud se respeta, nadie se ha enfadado ni porque unos lo hagan ni porque otros lo dejen de hacer y quien quiera participa de una manera y quien quiera participa de otra y más o menos todos sabemos lo que se está haciendo. Hay una pregunta de Esther y es cómo llevar lo de los seminarios en la presentación formal. Yo había puesto los pasos que creo que hay. Primero, es que lo que hagamos tenga validez externa. La validez interna Paco (Buitrago) es imprescindible, o sea, lo que digamos tiene que ser cierto. Que eso es la validez interna. Si no hay validez interna entonces ya no vale

para nada. Si lo que decimos es falso, pero aunque las cosas sean ciertas, si no son extrapolables, tampoco vale para nada. El estudio de la John Hopkins me puede dar una idea pero no tiene ningún interés en mi pueblo de Carencia de la Sierra. Es importantísima la validez externa. Éste es un problema mundial y de hecho como es problema mundial lo hemos sacado en un seminario. Y hemos publicado un editorial en la revista de *Sanidad e Higiene Pública*, en la revista del ministerio como en el *American Journal of Public Health* como en el *American Journal of Preventive Medicine*. Diciendo que hay que aumentar en los ensayos clínicos y en los estudios el capítulo de validez externa, que hay que dedicar a él un apartado específico y que si es necesario hay que poner en la red anexo al artículo en la revista, criterios y formas para que se pueda extrapolar el estudio. Eso es fundamental en cualquier cosa que hagamos. No basta que digamos que la insuficiencia cardiaca se puede tratar así, sino que haya validez externa. Que eso sea extrapolable. El segundo criterio es que siempre digamos los efectos adversos. Hay efectos adversos en cualquier intervención clínica, incluso en hacer investigación. Si hacemos investigación tiene efectos adversos. A veces impensables. Muy bien pues hay que pensar lo impensable y preverlo y desde luego tiene costes y tiene costes para los profesionales y tiene costes para los pacientes y sus familias y para el sistema sanitario. Así que cuando alguien quiera hacer la tesis doctoral sobre los anticuerpos en sangre de los vacunados, no se le puede colar eso al sistema sanitario sin que esté aprobado porque eso es coste y se está haciendo continuamente. Así que lo de la insuficiencia cardiaca en el domicilio habrá que ver qué inconvenientes y ventajas tiene y qué costes. Tercero, hay que buscar la cooperación entre niveles, sectores y organizaciones. Aquí somos muy médicos pero yo no soy idiota. O conseguimos cooperación entre niveles, sectores y organizaciones o no conseguimos nada. Y aquí hay que implicar por ejemplo a los trabajadores sociales, en concreto en insuficiencia cardiaca, de pacientes crónicos recluidos a domicilio, los asistentes sociales son ultraclaves y quizá también Cáritas y quizá también otras organizaciones que llegan al domicilio más que nosotros, como los farmacéuticos que empiezan a llegar ya a domicilio, los farmacéuticos de oficina de farmacia. Cuarto, hay que poner en contexto las propuestas, que no es validez externa, sino que una vez que eso de la insuficiencia cardiaca tiene validez externa, si lo quieren hacer en este centro de salud estas enfermeras que son muy majas qué va a significar en su

vida y en su forma de trabajo. Que van a tener que hacer más avisos a pie, que van a tener que dejar su teléfono en fin de semana a la familia en alguno que vaya especialmente mal ¿y eso cómo lo vamos a pagar?, no tiene que ser con dinero, si la gerencia es inteligente lo podemos pagar en que luego el lunes no vayan a trabajar, si han dejado el fin de semana el teléfono o sea que hay formas. O le damos permiso para venir a esta reunión de hoy, pero hay que ponerlo en contexto, no podemos decir las cosas en general. Y por último, hay que fomentar el sano orgullo profesional. Aquí ya ha salido. Tenemos que fomentar el sano orgullo profesional. Si los profesionales, todos, no tienen sano orgullo no harán nada de lo que estamos proponiendo. Por más que tenga validez externa, que consideremos su contexto, que valoremos... si no hay orgullo profesional, deseo de hacer las cosas bien, sencillamente porque me siento tranquilo y aumento mi autoestima cuando lo hago, no lo conseguiremos nunca. Eso se consigue con algunos incentivos, se consigue con una profesionalidad que no tenemos, se consigue con un liderazgo que no tenemos. No hay organizaciones, ni personas que tengan liderazgo. Lamentablemente no tenemos capacidad de arrastre, pero en fin. Si cumplimos eso, que yo no creo que sea difícil, tenemos los elementos suficientes, nos falta el propósito decidido. Podemos conseguir tener el impacto ese que a todos nos preocupa, de llevarlo a la cabecera de la cama y no ya a la cabecera de la cama, sino que el paciente cambie. No se trata de que los profesionales hagamos las cosas bien, porque podemos caer en la fantasía inglesa en mi opinión, de que lo hacemos bien y entonces cobramos, no. Tenemos que cambiar la realidad, que es mucho más que hacer las cosas bien en lo que se necesita cuando se necesita en el momento y eso no hay investigación que lo pueda soportar todo eso. Esa decisión, esa intuición, esa cosa espontánea sólo procede del buen orgullo profesional. No hay investigación que pueda soportarme a mí en las decisiones que tomo en el caso de un simple catarro, no hay investigación suficiente y eso depende de mi orgullo profesional. Lavarme o no lavarme las manos antes o después, si me dice que además del catarro tiene los pies, me lavo uno y otro, me lavo o me lavo, y le exploro o no le exploro y aprovecho para recordarle lo del tabaco, que el hombre está harto de que le hable del tabaco o lo dejo para otro día porque ya se lo repetí el día anterior, pero dónde lo repetí o dónde lo apunté... eso no hay investigación que lo soporte, eso depende de mi sano orgullo profesional que hay que fo-

mentar, no hay que tener miedo del orgullo profesional si es sano. No se trata que médicos a médicos, de que una enfermera a un médico que desprecie al paciente, al contrario, pero tenemos que lograrlo. Yo creo que si lo hablamos esas cinco cosas que pongo en el texto que circula en la red podríamos facilitarlo. Sobre lo que dijo, creo que era Luis Miguel (García Olmos) o alguno más de las guías en dos páginas, el mejor ejemplo lo acaban de publicar unos norteamericanos, estadounidenses. Son tablas actuariales, pero están pensadas, en Estados Unidos, están pensadas para que las utilicen médicos y enfermeras que no tengan ordenador o que les dé vómito los ordenadores, véase la muestra. Vamos las aplicaciones que a mí me venden. Son unas tablas actuariales sencillísimas. Las tablas actuariales son dos tablas: por sexo y divididas por quién fuma y no fuma y cuál es la probabilidad de muerte en distintos grupos de edad y naturalmente lo que aparece allí importante es el tabaco, que es el que influye en que antes de los 45 te mueras de infarto o no, no aparece en la hiperlipidemia, no aparece en la hipertensión, no, lo que aparece es el tabaco. No aparece el cáncer de cuello de útero porque no es causa importante desde el punto de vista de población. Entonces te aparece el cáncer de colon, te aparece el cáncer de pulmón, te aparece el infarto de miocardio, te aparecen las cuatro cosas de las que muere la gente en distintas edades, son tablas actuariales. Eso da una información brutal sólo con verla incluso a los médicos que le dan vómito las tablas, así tenían que ser las tablas, así tenían que ser las guías. Tenemos el ejemplo pero no lo seguimos, lo producimos en el ordenador, en fin, esas cosas. Gracias por la pregunta, tampoco la teníamos compinchada. Es que la realidad supera la ficción, o se a si yo me lo hubiera imaginado cómo iba a ser esto y hubiera intentado manejarlo, no hubiera sido tan bonito como es en la realidad, pasa igual en el amor y en el sexo, para los que tengáis dudas.

Rafa Cofiño: Desde el punto de vista psicoanalítico es muy interesante tu perspectiva histórica siempre de antisistema (es broma esto, de hecho muchas de las cosas que digo son broma). Tu perspectiva histórica antisistema respecto al tema que decías por ejemplo de la vacuna antitetánica y tu resistencia en cambio a no boicotear un tema de *Lancet*. Me llamó muchísimo la atención cuando dijo Juan (Gérvas): "no, no, no el *Lancet* no porque si las normas las marca *Lancet*..." y dije yo: "vaya, pero si la administración lleva

marcándote normas desde hace no sé cuántos años que te saltas a todas horas". Muy interesante esto, dónde tenemos cada uno nuestros puntos de referencia. El ejemplo que ponías de Luis Palomo, es un buen ejemplo de algo que salió hoy, que era el tema del engranaje. Entre tener un gran paraguas que engrane las iniciativas individuales de este tipo de gente puntera que está generando conocimiento que no va a ningún sitio. Si realmente el engranaje puede generar una red informal que fue en tu caso de un apoyo individual a una iniciativa, pero que no van a ningún sitio porque no hay un paraguas grande. O sea que, esa es un poco la paradoja esta que manejamos hoy por la mañana. Y entonces no lo sé, así que creo que es muy buen ejemplo de esto. Y yo quería insistir también en algo, por algo que decíais con el tema de investigación y demás y salió también por la mañana y lo apunté en la mesa antes. Ojo también con el tema de qué consideramos evidencia y todo esto porque sí que es verdad que ahora mismo y referente un poco a lo que se comentaba antes el tema de innovación tecnológica. Es decir, Concha (Violán) lo respondió muy bien cuando contaba el ejemplo de los abuelos en el domicilio. Innovación ahora mismo puede ser montar un sistema de dinamización de vida en los barrios y articular redes sociales de apoyo, acompañamiento y ayuda, pero eso es algo que no va salir o va a ser muy difícil que evalúe ninguna agencia de tecnología y probablemente sea tecnología mucho más puntera en el sentido de modificación de temas de salud, que otro tipo de intervenciones que sí que son de ultratecnología. Es decir, nunca va a ser portada de un periódico una iniciativa de ese estilo y hay iniciativas actualmente en España o en otros países que realmente modifican cambios importantes y eso sí que es verdad que es algo que tenemos que afinar un poquito más. En los seminarios tenéis más experiencias en ese sentido. Cuando Juan (Gérvas) y Andreu Segura comentaron un poco la interrelación entre salud pública y la Atención Primaria.

Juan Gérvas: Bien, terminamos, queda un minuto y lo aprovecho para decir, rematar: innovación es todo aquello que mejora nuestra práctica. Y tenemos un problema con la innovación como tenemos un problema con la práctica clínica que describieron muy bien personas que han pasado por el seminario como es Salvador Peiró y que va a pasar por el tercer seminario que es Enrique Bernal que es la fascinación tecnológica. La misma fascinación

tecnológica que desvirtúa nuestro trabajo clínico, porque lo que nos llama la atención de la tecnología desvirtúa la investigación, la política, los medios de comunicación y cualquier otra cosa. Yo creo que si evitamos la fascinación tecnológica, podemos admitir cualquier tipo de innovación a sabiendas que determinada innovación no va a llamar la atención, porque no tiene tecnología y habrá que venderla de otra manera, pero se puede vender. Muchísimas gracias por vuestra paciencia y vuestra tranquilidad y participación. Hasta otro rato.

