

## Jornada Técnica:

### Investigación para una mejor clínica, gestión y reforma en Atención Primaria

"If knowledge is something that we discover, then a systematic approach to research will be most appropriate. If, on the other hand, knowledge has to be constructed, then creativity is arguably more important than a systematized methodical approach"

*G. Rolfe. Playing at research: methodological pluralism and the creative researcher.  
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1995, 2. 105-109*

"One of the most striking features of recent discussions in the history of philosophy of science is the realisation that developments... occurred either because some thinkers decided not to be bound by certain 'obvious' methodological rules or because they unwittingly broke them"

*Paul K. Feyerabend. Against method: outline of an anarchistic theory of knowledge.*



## Indice:

Autores	5
Metodología empleada	7
Investigación en Atención Primaria: ¿necesidad de investigación en Atención Primaria? Justificación de Investigación en AP	9
Necesidades futuras de Investigación en AP	
- <a href="#">Investigación transnacional</a>	
- <a href="#">Perspectivas y necesidades de la población</a>	
- <a href="#">Políticas y gestión</a>	
- <a href="#">Salud pública y salud comunitaria</a>	
- <a href="#">Organización de la atención sanitaria</a>	
- <a href="#">Prevención</a>	
- <a href="#">Promoción y educación para la salud</a>	
- <a href="#">Diagnóstico</a>	
- <a href="#">Tratamiento</a>	
- <a href="#">Efectividad y calidad</a>	
- <a href="#">Eficiencia y costes</a>	
- <a href="#">Sistemas de información</a>	
- <a href="#">Web 2.0</a>	
- <a href="#">Formación</a>	
¿Cómo desarrollar esas líneas?	32
Documentación de referencia	38



## Autores:

- **Elena Aguiló.** Medicina Familiar y Comunitaria. Area11 (Madrid). PACAP. C. Marie Langer para la Intervención Comunitaria.
- **Miguel Amengual.** Medicina Familiar y Comunitaria. Gerente Area 6. Atención Primaria Madrid.
- **Ernesto Barrera.** Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia Área 10 AP. Madrid.
- **Rafa Cofiño.** Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe del Servicio Salud Poblacional. Consejería Salud y Servicios Sanitarios Gobierno del Principado de Asturias.
- **Fernanda del Castillo.** Enfermera de Atención Primaria. Miembro de la SEAPA. Centro Salud Contrueces (Gijón. Asturias).
- **Federico Fernández Noval.** Médico general, técnico de salud pública. Área Sanitaria V (Gijón. Asturias).
- **Elena Ferrero.** R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud El Coto (Gijón. Asturias).
- **Manuel Franco MD. PhD.** Department of Epidemiology and Population Genetics  
Centro Nacional Investigación Cardiovascular (CNIC)
- **Enrique Gavilán Moral.** Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico docente (Plasencia. Extremadura).
- **Ana González Pisano.** Enfermera de Atención Primaria. Miembro de la SEAPA. Área Sanitaria IV (Oviedo.Asturias).
- **Sebastià March.** Sociólogo. Unidad de Investigación GAP Mallorca.
- **María Auxiliadora Martín Martínez.** Médico especialista en Med Preventiva y Salud Pública. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. ISCIII. Madrid
- **Mercè Marzo.** Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Miembro PAPPS semFYC. Comité Científico semFYC. Miembro GRADE Serveis Cooperatius ICS Cataluña.
- **Andrés Meana.** Pediatra. Centro Salud La Calzada (Gijón.Asturias)
- **Isabel Montaner.** Medicina Familiar y Comunitaria. CAP El Carmel (Barcelona).
- **Javier Nieto.** Chair, Department of Population Health Sciences. Helfaer Professor of Public Health. Professor of Population Health Sciences and Family Medicine. University of Wisconsin. School of Medicine and Public Health.
- **David Pérez Solís.** Pediatría. Hospital San Agustín (Avilés, Asturias).
- **Pablo Pérez Solís.** Medicina Familiar y Comunitaria. Área V (Asturias).
- **Marta Pisano González.** Enfermera de Atención Primaria. Presidenta de SEAPA. Centro de Salud de Ujo (Asturias).
- **Obi-Wan.** Medicina Familiar y Comunitaria. Mallorca
- **Carmina Poblet Cala.** Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Reus 4 (Cataluña).
- **Laudina Rodríguez Suárez.** Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa de Sección Información Sanitaria. Consejería Salud y Servicios Sanitarios Gobierno del Principado de Asturias.
- **Juan L.Ruiz-Gimenez.** Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Pacap Madrid. CS Vicente Soldevilla Sermas Area 1 (Madrid).
- **Marta Sánchez-Celaya del Pozo.** Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente MFyC. Área 1 (Madrid). Sección de Investigación semFYC.
- **Andreu Segura.** Salubrista. Institut Estudis de la Salut (Cataluña).
- **Javier Segura del Pozo.** Médico salubrista. Instituto de Salud Pública de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
- **Elena Serrano.** R3 de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP El Carmel (Barcelona).
- **Oscar Suárez.** Psicólogo. Técnico de Salud Pública. Area I (Asturias).
- **Tiago Villanueva.** Médico Interno de Medicina Geral e Familiar. USF AlphaMouro, Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa IX (Algueirão-Rio de Mouro), Unidade D, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal





## Metodología empleada:

Con el objetivo de presentar un discurso colectivo, basado en la experiencia global y no individual que se sumara a la reflexión comunitaria realizada ya durante estos años de Seminarios, nos planteamos recoger información de diversas personas clave con visiones diversas sobre la investigación en Atención Primaria. Se realizó un muestreo claramente intencional de 40 personas de las que al final contribuyeron 28.

Utilizamos la metodología Rulán. Se creó un documento de texto, disponible on-line a través de Google Docs, facilitando el acceso a los participantes a través de una clave. Se proponían tres preguntas relacionados con los contenidos propuestos para la segunda mesa de la Jornada del 13 de mayo.

- [Investigación en Atención Primaria: ¿necesidad de investigación en Atención Primaria? Justificación de Investigación en AP \(primary health research: is necessary Primary Health Research? PHR\)](#)
- [Necesidades futuras de investigación en Atención Primaria:\(future subjects of PHR: development research areas\)](#)
- [¿Cómo desarrollar esas líneas? Estrategias de investigación. Metodologías. Estrategias de organización. Estrategias de convergencia/alineamiento de los distintos actores que participan en la investigación \(administración central, administración autonómica, profesionales, población, sociedades científicas, sector privado, industria farmacéutica...\)](#)

Los autores fueron completando y realizando de forma libre el texto. El producto era crear un "texto vivo", escrito a varias manos. Y así fue editado realmente: muchas veces escribiendo sobre la hoja, a la vez, a varias manos.

El resultado es el que sigue a continuación. He preferido presentarlo ahora íntegramente, eliminando sólo algunas referencias personales y creando un texto más al estilo wiki como también sugirieron algunos autores.

Para el Seminario se analizará cualitativamente el discurso presentando las principales categorías o ideas clave que han surgido en dicho "texto vivo" y relacionándolo con los textos enviados para la primera mesa.



## 1. Investigación en Atención Primaria: ¿necesidad de investigación en Atención Primaria? Justificación de Investigación en AP

- ¿Es necesario? Como dirían los argonautas, es preciso. Sólo nosotros podemos saber en qué punto de nuestro mapa vital estamos, es decir, ¿en qué se ha convertido la atención primaria?. Sólo nosotros podemos preguntar a nuestros pacientes qué es lo que quieren de nosotros. No podemos dejar que sean los políticos, los gerentes o los medios de comunicación los que nos lo digan. Sólo nosotros podemos dar respuesta a las pequeñas preguntas clínicas que los manuales de medicina desprecian (¿debo auscultar ahora?, ¿cuándo le tomo la tensión?, ¿puede decir que este paciente tiene arteriopatía si no tengo un doppler?, ¿o neumonía si no tengo una placa?, ¿es eficaz mi consejo sobre hábitos de vida?, ¿cuánto tiempo debe emplear en hacerlo?) Esas y otras parecidas son las que nos preocupan a diario y no nos lo van a contestar desde los hospitales ni desde las becas FIS. Y si lo hacen no serán las respuestas que nosotros necesitamos. Es precisa investigación que podamos aplicar en nuestra consulta al día siguiente de leerla.

- La APS es una parte fundamental de la organización sanitaria que presenta características diferenciales importantes, que justifican sobradamente un desarrollo independiente de líneas de investigación. Muchas, surgen de los mismos problemas que afectan a otros niveles de la organización, pero las soluciones son necesariamente diferentes.

- Creo también que desde la Atención Primaria es necesario aportar un cuerpo de conocimiento propio, para que nuestras decisiones no se basen en estudios realizados en poblaciones seleccionadas en el ámbito de la atención hospitalaria. Una de las justificaciones ya se aportaron al principio: dependemos y actuamos según estudios realizados en poblaciones seleccionadas en otros ámbitos, y cuyos resultados no siempre son extrapolables.

- El enfoque de nuestro trabajo tiene algunas particularidades que no son objeto de estudios con la suficiente potencia, en parte porque son más difíciles de abarcar desde metodologías tradicionales: la influencia de lo psicosocial en los problemas de salud, la eficacia de intervenciones en lo psicosocial, efecto de la relación médico-paciente en problemas de salud, resultados de las intervenciones ante el mismo problema de salud desde el médico o enfermería...

- Sin embargo, creo que sería un error "clonar", por sistema, los temas y la metodología propia de otros niveles asistenciales. De hecho, la necesidad de investigación aparece especialmente en los campos que son "propios" de la Atención primaria (estos puntos que expongo a continuación puede que se acoplen mejor al epígrafe de "*necesidades futuras de investigación*"):

- El enfoque de nuestro trabajo es diferente: desde el enfoque psicosocial, la intervención comunitaria o sobre grupos, el manejo de la incertidumbre, herramientas no farmacológicas ("remedios caseros") para determinados problemas de Salud....
- Existen dudas razonables sobre los resultados en salud de intervenciones repetidas, redundantes, relacionadas sobre todo con el "control" de enfermos crónicos (tomas repetidas de TA, controles de glucemia capilar...) que conviene cuestionar e investigar, eliminando aquellas cuyos beneficios no se sustenten en pruebas, dado que, en muchas ocasiones, impiden utilizar ese tiempo en actividades con mayor valor para la salud de la comunidad.
- La investigación, con especial hincapié en la metodologías cualitativas, es también una herramienta de diagnóstico y participación de la comunidad.

- La investigación sobre colectivos vulnerables puede ser especialmente eficiente si se realiza desde Atención Primaria, dadas sus características de accesibilidad y posibilidad de obtener una población suficiente para extraer conclusiones y propuestas de actuación.

- Family medicine needs to develop its own research base, in order to stop relying on findings from studies carried out in a secondary and tertiary care context, and which can't be extrapolated easily to a primary care population.

It is very hard to foster good quality family medicine research during residency. I will use the Portuguese example. There is little critical mass, and that critical mass is especially concentrated in the North of Portugal, where research is more developed. In other parts of the country, residents carry out small research projects, which will, in most cases, never add anything to the wall of knowledge, and will never end up changing our clinical practice, and are more a way to build up the CV and please our tutors, who pressure us to do research, but don't teach us how to!

What is more important? To learn how to carry out research, or to learn how to interpret research (critical appraisal)? I find the second to be more important, as most family medicine residents are not into research. But at least residency should equip them with the "know-how" to have a critical attitude and interpret the research literature.

- Uno de los atributos que siempre nos han imbuido desde R1 en Medicina Familiar y Comunitaria es el atributo de "investigadores" y se incluye la función investigadora como "una de las funciones básicas de un centro de salud integral". Hay un artículo de referencia, muy, muy interesante de Turabian y Franco sobre la irrelevancia de (mucho) investigación en Atención Primaria en el que reseña un tema importante, muy sencillo, pero muchas veces olvidado: O bien considerar como investigación lo publicado o bien considerar como investigación "una actividad de descubrimiento, desarrollo y prueba de conocimientos". Muchas veces el imaginario considera investigación lo primero. Los propios autores estiman que un 90% de la investigación como papel publicado no aporta nada nuevo y sea "inservible" y vaya mucho más ligada a ese prurito personal y de CV que se apuntaba en un párrafo superior.

Quizás puede ser tan atributo de la medicina familia y comunitaria, entendida como una actividad médica compleja, innovadora y creativa, y de tanta importancia, formar a los residentes en investigación como formarles en literatura, etnografía, pintura o técnicas de comunicación (me inclinaría incluso, si me pinchan, más por estas últimas como más imprescindibles).

-Yo también acuerdo con eso; creo que hay saberes mas imprescindibles para los que trabajan, como el ABC de lo psíquico, lo grupal (no para "manejar" o coordinar grupos, sino para entender lo grupal) y lo social. En mi experiencia personal, como médica de familia me han sido tanto o mas útiles estos conocimientos de la vertiente psicosocial que adquirí en los años 80, en ámbitos no médicos sino transdisciplinares, cuyos contactos y aficiones no he abandonado desde entonces, al contrario. Estos elementos conceptuales me permitieron una mejor lectura del modo de vida y de la acción profesional, y me facilitaron mucho las cosas. Menos frustraciones, mas criterio de realidad, y sensación de mayor eficacia en las intervenciones. El difícil desarrollo de lo transdisciplinar es uno de de los mas severos déficits de la Atención Primaria .

Copio las palabras de Javier Segura, aludiendo a estos déficits de la APS pues en un artículo que esta preparando y pronto colgará en su blog...

*"la ampliación del ámbito de trabajo no fue acompañada de nuevas herramientas y acercamientos originarios de campos no médicos. Lo bio-psico-social tuvo que ser atendido por los profesionales bio, es decir, por los médicos y enfermeras, por lo que las posibilidades de análisis e intervención transdisciplinares se redujeron muchísimo. Esta contradicción radical de base favorecía el que se realizaran*

*acercamientos a la nueva noción de salud y se elaboraran estrategias de promoción de la salud con viejos esquemas referenciales y herramientas médicas de la prevención de enfermedades*

Cambiamos la palabra salud x "investigación" y también resulta cierto lo que dice. No ignoro que lo difícil será para "la medicina de familia" los consensos para definir cual es ese "ABC" necesario o imprescindible, selección que en absoluto es inocente o neutra. No es lo mismo un contexto transdisciplinar que la separación actual. Estoy convencida de que la apuesta por ampliar el campo siempre será beneficiosa.

- El tema es complejo ya que las posibilidades de investigar autónomamente no son muchas, por lo de la financiación que se consigue con currícula selectivos y porque la tríada asistencia, docencia e investigación es en la práctica muy difícil de desarrollar, no en vano cualquiera de las tres actividades requiere conocimientos y destrezas específicos; tiempo y lo que es más importante, una "manera de hacer" propia. Quiero decir que no solo no es pertinente aprovechar tal cual la actividad asistencial para investigar sino que ello puede redundar en perjuicio para los pacientes y el sistema. Hacer cocinillas es peligroso y caro. Las actividades de investigación en cambio proporcionan cierto prestigio y además son las únicas que se evalúan objetivamente, a pesar de las limitaciones de los indicadores. De ahí que convenga buscar una salida que quizás consista en promover investigaciones multicéntricas y en una orientación de investigación traslacional y evaluativa. Recuperar el tradicional sentido de la investigación de dar con respuestas a preguntas y problemas con los que nos enfrentamos cotidianamente.

- Imprescindible investigar, aunque sea para "andar por casa" y no necesariamente para publicar. El primer campo y de momento el único que me planteo : "epidemiología" y en el caso de la pediatría de atención primaria de qué enferman los niños, por qué acuden a consultarnos. El año 98 recogimos en 2 Centros de Salud los motivos de consulta por problemas dermatológicos ( nos sirvió para mejorar el diagnóstico, conocer los motivos de consulta,etc) Estamos a la espera de ser aceptado por una revista. También nos ayuda a conocer lo que los pediatras y residentes tenemos que sabe sobre derma pediátrica. También hicimos un estudio en el 97 sobre hijos de padres separados, con el que nos dimos cuenta que aproximadamente cada 2 semanas acudiría a nuestra consulta un niño cuyos padres estén pasando la dolorosa experiencia de una ruptura. Nos sirvió para sensibilizarnos con el tema y ayudar más a los niños y sus familias. Tenemos otro par de temas en mente : el primero ver como evolucionó tras 20 años una cohorte de niños asmáticos (lo haremos dentro de 2 años) y e segundo cuantificar la importancia de los problemas de salud mental infantil (probablemente un estudio descriptivo sobre motivos de consulta a salud mental infantil).Y añadido otro germen de estudio (todavía está bajo tierra, sin brotar) donde acudiremos a centros escolares para detectar niños de riesgo psicológico o psico-social (hay cuestionarios interesantes y tenemos centros escolares en el punto de mira).Un problema es el tiempo, pero lo sacamos de donde podamos.

-Lo más evidente me parece investigar sobre prácticas que repetidamente nos preguntamos si están haciendo el efecto deseado, o si es necesario ese efecto. Desde el espíritu crítico surgen las dudas, de ellas las preguntas, y de ellas las líneas de investigación (y si no surgen preguntas es que algo falla, como por ejemplo, que hay poca interacción con otros profesionales del mismo o diferente entorno que hagan las cosas de otra manera). De esas líneas deben salir respuestas que llevarán a modificar actuaciones o a seguir realizándolas con mayor convencimiento. A modo de ejemplo: sobre el ejercicio físico, y el consejo sanitario: después de años realizándolo, en las últimas recomendaciones se pone en duda la efectividad del consejo sanitario mínimo en el contexto real de la consulta y se aboga por la prescripción del ejercicio físico, (consistente en dedicar un tiempo determinado en la consulta, diferente al del paso del paciente por la misma). No es cierto que todos nos hemos preguntado alguna vez si el decirle a un paciente "de pasada" que haga ejercicio servirá de algo? De la pregunta debería salir la búsqueda de la respuesta, ¿no?.

- Quién si no va a meterle a cabo a una agenda de investigación tan compleja y variada y tan pegada a lo cotidiano como los propios profesionales de la AP... A pesar de que muchos de los temas que dibujamos son transversales y no nos afecta sólo a la AP.

- La investigación es una necesidad para avanzar, en cualquier ámbito o nivel, casi diría que investigar es incluso y en cierto modo inevitable, aunque no se plasme en publicaciones ni se haga con un método reglado. Me refiero a la observación y conclusiones que de ella sacamos habitualmente todos en nuestra práctica diaria. Podríamos decir que esa investigación no reglada ni escrita es la experiencia de los profesionales, la cual por lo general no se conoce ni se recoge en ningún sitio ni de ninguna manera. Sí, ya sé que eso no es investigación formal, que no tiene método ni homogeneidad, que no define evidencia científica, que no calcula "p" y que no es extrapolable, pero en esa experiencia radica muchas veces el conocimiento útil y práctico, mientras que en la investigación seria, formal, reglada, metodológicamente impecable (al menos en apariencia) y publicada no encontramos en muchos casos más que vacío, irrelevancia y confusión. Deberíamos de ser capaces de aprovechar mejor la experiencia colectiva.

No creo que la investigación pueda, ni deba, compartimentarse por definición en categorías de atención, niveles, o lo que sea, al menos de entrada. Otra cosa es que en cada ámbito, categoría o nivel, se vean cosas diferentes y lo que se investigue se relacione con ellas, pero todo forma parte de un mismo fenómeno salud-enfermedad y todo debería complementarse. Es decir, no creo que haya temas de investigación diferentes en Atención Primaria sino puntos de vista diferentes sobre los mismos temas. La, a mi juicio, excesiva compartimentación (especialización) de la atención sanitaria, en buena medida reconozco que inevitable, y la tendencia general a establecer un territorio específico y propio, provoca un fenómeno de arrastre que acaba llevándonos a un encasillamiento absurdo y excesivo en todo.

Estoy totalmente de acuerdo en que mucha de la investigación que se lleva a cabo, y se publica, se hace porque "hay que investigar" si no no estás a la altura, perdiendo el tiempo en delirios estadísticos que la mayoría de las veces no conducen a nada.

Pienso que está bien fomentar la investigación sobre la propia experiencia, es decir, dar forma a los resultados de nuestro trabajo diario pero, sobre todo y además, estaría mejor establecer foros de conocimiento, intercambio y discusión de esas experiencias

-¿Se hace investigación de calidad?¿Se traducen sus resultados en mejoras en la práctica?¿Tienen los profesionales tiempo, conocimientos y recursos para investigar? La investigación parte de una necesidad de respuesta a una pregunta que aún no tiene respuesta. Si nos hacemos preguntas (y muchas) en el trabajo diario, la necesidad de investigar estaría justificada. Con lo cual pienso que si, que es necesario e imprescindible investigar en Atención Primaria para poder dar una respuesta a los problemas específicos de la Atención Primaria. El problema surge cuando no se dedica o apoya institucionalmente para dedicar un tiempo real para poder hacerlo, cuando existen escasos apoyos técnicos, y cuando la formación no compete a todos, y no se pueden formar equipos en investigación en Atención Primaria.

También es cierto que muchos estudios no tienen potencia suficiente por muestras pequeñas, o metodología dudosa...con apoyos metodológicos, estudios multicéntricos, estudios en red, etc...sería un problema menor.

- ¿Y, qué pasa con la medicina, enfermería aplicada en la evidencia? El sentido de la investigación es su difusión y su aplicación (no incrementar el currículum o prestigio de los investigadores), por lo que si no se canalizan mecanismos de difusión (tiempo y formación, una vez mas) para implementar estos conocimientos carece de sentido. La difusión podría también depender de un grupo de trabajo que seleccione documentación de interés, asesore a quienes toman decisiones en salud (implementación de programas, evaluación de los mismos, calendario vacunal, etc...).

Todo estudio de medidas de impacto o eficacia de los programas, de gestión de tiempos, de impacto de educación a grupos, de los resultados de las actividades que realizamos, de medir

cambios en salud, mejora de la calidad de vida, cambio de hábitos saludables, etc...un sinfín de preguntas que diariamente nos hacemos al trabajar en la consulta, serían interesantes e importantes temas de investigación en AP.

Existen además algunas singularidades que enriquecerían la investigación en AP:

- cercanía con la población
- conocimientos y posibilidad de conocer factores ambientales, económico, culturales, relacionales, etc....
- posibilidad de trabajar con grupos familiares, poblacionales...
- Posibilidad de hacer seguimientos temporales
- Enfoque multidisciplinar por todos los miembros del equipo de AP... (Ana Glez Pisano)

- "Necesidad y justificación de investigar en AP" Y esta pregunta me sugiere otras dos ¿Quien lo necesita? ¿Ante quien hay que justificarlo? Parecería que investigar es darle un cierto status a la AP. Acercarle (de nuevo) al "nivel científico" y categoría del hospital y su cultura (patrón de referencia). Cuando hice la residencia en el hospital (y antes, en la facultad), me enseñaron que un buen medico es el que consigue la triada citada de: clínica, docencia e investigación. En realidad, muy pocos lo conseguían (o estaban interesados en ello) y los que investigaban estaban insertos en el poco atractivo (para mi) mundo de los ensayos clínicos (donde el investigador clínico, al contrario de la prometida imagen de independencia y madurez profesional, me resultaba mas bien como un esclavo del metodo y de los laboratorios). Respecto a la docencia ya hablaremos...

No creo que sea eso lo que pretendemos cuando hablamos de investigación en AP...esa especie de validación de la seriedad, rigor y cientificidad de nuestra practica. ¿O sí?

Cuando después me dediqué a trabajar en salud pública, allí (o aquí) la investigación estaba especialmente muy presente cuando trabajabas con datos; por ejemplo, cuando obtenías una base de datos en epidemiología. La salida natural era "marear" la base y sacar trabajos para publicar o presentar en congresos. Cuando trabajabas fuera de la epidemiología, también se planteaba la pregunta si debíamos investigar y la duda sobre qué era investigar (si no, parecía que no podías ir a congresos y tampoco engordar tu CV de publicaciones: ni disfrutabas de los viajes y juergas con los compas, ni eras "nadie" a nivel de "carrera profesional"). ¿Que era investigar desde nuestra practica salubrista? ¿Era escribir sobre nuestra experiencia? ¿O solo cuando considerábamos nuestra experiencia como innovadora? ¿Era lo mismo que evaluar? Tuve un director general que una vez (ante las dificultades para organizar un protocolo que evitara los conflictos de autorías y de utilización de datos que hay en la administración) dio un golpe en la mesa y con un "tricornio mental" dijo: "A la administración publica no se viene a investigar, sino a trabajar!!!" Al parecer, esta triada de practica, docencia e investigación tampoco era fácil de organizar y compatibilizar en Salud Pública

Cuando trabajé desde el campo de lo psicosocial o cualitativo, encontré un gran afán en *demostrar* que se podía investigar desde parámetros no cuantitativos o positivistas. Curiosamente se mezclaba lo que era "intervención" (cualitativa) con lo que era "investigación". Siempre me he preguntado porqué. Esta indiscriminación entre práctica e investigación. Tal vez porque teníamos el convencimiento que lo que hacíamos era nuevo, fresco, innovador...revolucionario (?)..y por tanto: tenia que ser "investigación"?

En fin, que creo que para contestar a la pregunta tendríamos que pensar si la AP es un campo con una practica que genera experiencia. Si además esta experiencia es especifica y única (diferente de la que se obtiene en un hospital o una unidad de epidemiología). Si esta experiencia puede ser útil a otros que comparten estas practicas. Si esta experiencia puede ser compartida. Si al compartirla, revisamos esta experiencia y nos surgen nuevas curiosidades.

Obviamente, mi opinión es que sí es necesaria la investigación en Atención Primaria. Ahora viene lo difícil: la gramática y la semántica para compartir la experiencia. Y...atrapar lo

especifico de la practica de AP con un enfoque y método específicos. Entramos en el campo de la epistemología de la salud. ¿Que lenguaje común establecemos para compartir esta experiencia? ¿Cómo conseguimos no ser "simplistas papanatas" a la hora de determinar lo que es pertinente, procedente y lo que es científico? Pero, a la vez, ¿cómo llegamos a acuerdos "gramaticales" para tener un lenguaje común a la hora de organizar nuestra investigación, y que ésta no se quede en un mero relato y nosotros en unos meros "cuentacuentos"? Aunque por otra parte, yo he aprendido mucho más con los relatos de mis compañeros que con la lectura de las revistas indexadas, o, por supuesto, que con las revisiones de la Cochrane... ¡Donde va a parar!...!).

- Necesitamos investigar en AP: en la línea de "investigación de resultados en salud", es decir tipo estudios "naturalísticos" (no se si es correcto el calificativo) que permitan visualizar resultados de nuestras acciones en un contexto real. El "cómo" hay que hacer la investigación: cualitativa o cuantitativa (estoy a favor de no desprestigiar a esta última), pero siempre enfocada a las necesidades detectadas en la población atendida. A veces tengo la impresión que dedicamos mucho esfuerzo en realizar "trabajos de investigación" de dudosa pertinencia (que no responden a las prioridades del servicio), sino a los intereses de quienes los realizan. La investigación en AP es necesaria pero para mi no es la prioridad de los profesionales "de galeras", creo que hay profesionales que están mas preparados para realizarlo con menos esfuerzo y que deberían de colaborar con la AP para la investigación. Porque me parece necesaria la investigación en AP?: para confirmar que los servicios responden a las prioridades de la población atendida (evaluación pertinencia) para constatar cuales acciones han sido mas adecuadas y con mas impacto sobre la salud poblacional (evaluación efectividad y eficiencia?), para conocer como evoluciona la salud y la enfermedad de nuestras poblaciones (acciones de vigilancia). La evaluación es también investigación. Me parece también interesante la investigación evaluativa: como evaluar mejor nuestras acciones. Respecto a la "investigación" tipo ensayo clínico tengo mis dudas, pero no lo descarto siempre que se consideren sus efectos secundarios, me refiero a los no-farmacológicos: tendencia a medicalización innecesaria por la necesidad de incluir pacientes (ajustar limites criterios de inclusión por ejemplo).

- Investigación basada en la incertidumbre. Si el territorio donde se mueve la AP es la incertidumbre es ilógico, extraño pensar que desde Atención Primaria vaya a poder hacerse una investigación basada en la certidumbre: una investigación más pegada a las ciencias naturales en vez de una investigación más pegada a las ciencias sociales.

- Es necesario investigar en AP. Entiendo que investigar es obtener y mejorar el conocimiento, por lo tanto, apuesto tanto por la investigación que establece hipótesis y metodología estructurada a priori, como la que surge de la práctica diaria del profesional de primaria. Respecto a, ¿porqué investigar en atención primaria? Mi respuesta es que aún hay mucho que hacer para mejorar. Personalmente, sí entiendo la investigación como instrumento que permita la mejora (a parte de engordar un CV. No obstante, quedarnos tal vez con esto último no nos va a permitir avanzar). La investigación creo que debería entenderse no solo desde el punto de vista, de plantear una hipótesis de trabajo y demostrarla, sino de aprovechar todo lo que nos vamos encontrando en el camino para poder identificar puntos débiles y plantear acciones de mejora. En un único proyecto de investigación, los resultados en relación al objetivo principal en muchas ocasiones no nos aclara todo lo que deseáramos, pero tal vez es mucho más enriquecedor observar y analizar lo que nos hemos ido encontrando. Por lo tanto, me parece importante a la hora de fomentar la investigación en primaria, dejar claro que la investigación no es solo para analizar y describir, sino que es el camino para actuar y cambiar. Es decir, la investigación es el camino, no el objetivo.

Por ejemplo, en la actualidad estoy trabajando en un FIS donde estudiamos la hiperfrecuentación en atención primaria. Nos hemos ido encontrando con multitud de aspectos que no están relacionados directamente con nuestros objetivos de estudio pero que probablemente afectan en gran medida a la atención sanitaria (problemas de registro, falta de homogenización de criterios entre diferentes áreas sanitarias de primaria de la propia comunidad autónoma, etc...). Aunamos metodología cualitativa (visión del paciente

hiperfrecuentador y del profesional sanitario; enfermera y médico de familia) y cuantitativa, y se estudia la frecuentación a atención primaria ajustada al perfil del riesgo del paciente y a factores de la organización sanitaria. Efectivamente, es un tema ya muy estudiado. Hay quien se plantearía si es necesario seguir estudiando algo que ya ha sido muy estudiado, pero tal vez la pregunta sería de qué manera se ha estudiado este tema y qué se puede aportar de nuevo, un nuevo enfoque que nos permita mejorar.

En este sentido, creo que el proceso de investigación permite colateral o directamente obtener beneficios en la atención sanitaria, por ejemplo, es un buen instrumento para homogeneizar criterios, actualizar conocimientos, aspectos no del todo óptimos en base a mi experiencia. A veces creemos que los profesionales sanitarios estamos formados adecuadamente, pero a riesgo de ser demasiado crítica, creo que somos optimistas. A veces participamos en foros de debate o discusión en los que podemos comprobar que hay mucho conocimiento y experiencia, pero no deberíamos extrapolar esto a la realidad porque creo que corremos el riesgo de sesgar la información.

Por último, la investigación es fundamental para conocer y poder cambiar, pero para ello es básico el papel de "evaluar". Investigar también es evaluar. Si no evaluamos, no sabemos si la estrategia que se ha seguido tras investigar un problema de salud ha sido efectiva o eficiente, aspecto fundamental para la mejora de la atención sanitaria en general.

-La investigación en AP es con toda seguridad necesaria. Es necesario fomentarla por varias razones, la fundamental para que repercuta en una mejor práctica clínica. Y que repercuta no por el hecho en sí de los resultados que la investigación nos aporta si no porque nos hace más conscientes de los que vamos haciendo y nos lleva a una mejor calidad asistencial. En cierto modo el investigador tiene sus inquietudes y estas inquietudes repercuten en todo el nuestro hacer en la consulta o en el centro de salud o en nuestra área de referencia.

Pero dicho esto, investigar por investigar, o mejor dicho pensar que estamos investigando y en realidad sólo producimos resultados muchas veces confusos, publicaciones, póster, conferencias, de calidad y repercusiones dudosas o contraproducentes, etc, en resumen investigación de mala calidad, poco aportamos a esta necesidad. Más bien, al contrario, hacemos malgastar el tiempo de los que nos leen o nos escuchan y creamos confusión y desinterés. Además en un ámbito donde se abarcan múltiples problemas de salud y el campo de investigación es muy amplio y diversificado. Con dificultad para extraer el grano de la paja.

La falta de preparación, de financiación, de tiempo, de soporte por parte de profesionales competentes para hacer investigación sencilla y de calidad me lleva a pensar que la necesidad en estas condiciones deja de ser necesidad.

- Creo que es necesario investigar en AP para conocer la realidad en la que nos movemos. El hecho de que los residentes de medicina de familia tengan en su último año la obligatoriedad (en Asturias) de realizar un trabajo de investigación me parece muy importante porque supone para ellos un acercamiento a la investigación, la necesidad de formarse y practicarlo. Muchos de los estudios que realizan pueden no ser interesantes o de no demasiada calidad pero hace que tengan que formarse en ese aspecto. En enfermería es una gran asignatura pendiente que esperemos que con la puesta en marcha de las especialidades y con los nuevos planes de estudios para adaptarse a Bolonia poco a poco empiece a cambiar. En nuestra disciplina existe poquísima investigación y de ella una gran parte está financiada (todo lo que se refiere a investigación en úlceras y heridas) por la industria farmacéutica, con la cautela y credibilidad que implica.

Creo que es muy importante investigar aspectos como los ya comentados, de resultados en salud de nuestra actividad; también los relativos a organización.

En el campo de los cuidados enfermeros hay muchísimo por desarrollar; las nuevas taxonomías que se están incorporando a nuestra práctica profesional en algunos casos adolecen del necesario respaldo que se deriva de las investigaciones pertinentes, es un campo enorme en el que la investigación es muy necesaria.

Así mismo, me parece necesario investigar el impacto de actividades que están desarrollando muchas enfermeras de AP en el campo de la promoción y de la prevención.

Además de la falta de formación en el campo de la investigación nos encontramos en muchos casos con una falta de apoyo institucional para ello y con unos registros de nuestra actividad muy deficitarios ya que hay muchas actividades que se realizan que no pueden registrarse adecuadamente, a eso hay que sumar que la herramienta informática que utilizamos como Historia Clínica en Asturias, no permite la obtención de datos básicos para iniciar estudios relativos a nuestro campo de actuación.

Tras ello está el reto (no solo para las enfermeras, tb para los médicos) de incorporar una cultura de aplicar a la práctica diaria lo que se deriva de investigaciones de calidad que viene refrendado por guías de práctica clínica y romper con el hacer las cosas "porque así lo aprendieron de sus tutores" o "porque lo hicieron así toda la vida"

- Creo que con propuestas como ésta en la que el ponente de una charla no se limita a dar su discurso sino que éste también se compone de las voces de otros profesionales... puede ser la primera semilla que ayude a cambiar muchas de las cosas que se han comentado. Para cambiar un problema primero hay que ser consciente de que existe y en debates como éste vemos que surgen varios...

Pues bien... esta pregunta de si es necesaria la investigación en AP me la he preguntado varias veces durante la residencia. Por ejemplo, cuando para intentar responder una duda realizas una búsqueda y cuesta trabajo encontrar una respuesta que se adapte a las condiciones en la que tú lo quieres aplicar. El gran peso de la investigación se lo lleva la atención especializada y se realiza en condiciones ideales (el ensayo clínico), que la mayoría de las veces dista mucho de las condiciones reales. Y porqué no reconocer que la relación entre la investigación científica y la industria farmacéutica puede tener sus riesgos como por ejemplo el de una "comercialización de la ciencia" y una pérdida de rigor en el desarrollo de la misma y la comunicación de los resultados. Una de las primeras iniciativas contra este hecho son la declaración de intereses, pero aún se realiza investigación con financiación de la industria y ésta se ve influenciada más por los intereses económicos o por la promoción del profesional que por aquello que debería interesar al profesional.

¿Por qué investigar y para qué?. La investigación en AP debería traducir todas aquellas dudas y cuestiones surgidas de nuestra práctica diaria y se debería hacer para transformar el conocimiento. Y sí, comparto con alguna de las aportaciones que si no nos hacemos preguntas de lo que hacemos, cómo lo hacemos y en qué podemos estar fallando... mal vamos.

La gran mayoría de la investigación se centra en la investigación terapéutica pero me pregunto: ¿y sobre el diagnósticos?. Nos falta conocimiento de cómo usamos aquello de lo que disponemos: nuestras manos para la exploración física, cómo es de útil la entrevista clínica, el ECG... o de toda la nueva tecnología que se implanta sin más.

- Desde mi punto de vista es absolutamente necesaria una investigación propia en atención primaria, enfocada a nuestro campo de trabajo, independiente, y que intente resolver las preguntas que nos planteamos en nuestro ámbito de actuación.

La gran investigación, la investigación de nivel con anticuerpos monoclonales y fármacos en fase de experimentación es necesaria, evidentemente, y no se puede desdeñar pero hablamos de otra cosa. Esa investigación fundamenta las bases científicas, la necesitamos, pero no nos resuelve las dudas que nos planteamos en nuestro ámbito de trabajo. La atención primaria tiene un campo y unas funciones propias, directamente imbricadas en el tejido social de la población a la que se atiende, y donde intervienen múltiples condicionantes.

- ¿Por qué en Atención Primaria? Porque nuestro campo es diferente que el de los colegas hospitalarios y de los que trabajan en investigación básica, porque necesitamos buscar respuestas a los problemas que nos planteamos a diario y tenemos muy presente que nuestro objetivo, que se encuentra al otro lado de la mesa, precisa otras actuaciones e interacciones bien diferentes que cuando se encuentra en el hospital.

Es algo que siempre hemos tenido presente y por ello la investigación en primaria, con su escaso tiempo y sus medios limitados, no tiene la brillantez de otros campos pero resulta fundamental.

- Hay varios factores que influyen y que ya se han comentado, entre los que destacaría la necesidad de aplicarla a nuestro medio, la búsqueda de respuesta a preguntas de nuestra realidad, la influencia de lo biopsicosocial, la interrelación del paciente con su entorno (familia y amigos) y con sus enfermedades (o hábitos), la necesidad de estudios tanto cuali como cuantitativos (se puede hacer investigación sobre cómo escuchar, difícilmente cuantificable en números)...

- Tampoco quiero que se me pase el hecho comentado sobre las especiales inquietudes de los investigadores en primaria, quienes, a pesar de las diversas precariedades que soportan, se ven motivados por factores mucho más profundos que el incremento desmesurado del CV (al menos es mi percepción basada en la experiencia).

- Estoy de acuerdo en la necesidad de formación en aspectos tan básicos como literatura, arte, oratoria, geografía, ciencia, antropología... (incluso en la lectura diaria obligatoria del periódico como puesta al día y actualización de conocimientos), porque eso nos permite tener una visión más amplia y comprender muchas de las cosas que ocurren a nuestro alrededor. Más bien creo que está parte de la formación humanística es algo imprescindible, aunque no se tenga en cuenta ni se valore pues no es necesaria para pasar consulta pero su valor añadido es innegable.

- Todo lo que hagamos por intentar enterarnos de lo que ocurre a nuestro alrededor y poner solución a los problemas que encontremos sería investigación. No trabajamos con células ni con ratones de laboratorio, trabajamos con personas y de ahí el porqué de esta necesidad de amplia formación.

- Puestas encima de la mesa estas premisas, queremos saber:

- Si es más fácil que nuestros pacientes dejen de fumar si se financia su tratamiento que si se lo tienen que pagar ellos mismos (para después actuar en consecuencia, a nuestro nivel o al que corresponda)
- También queremos saber si es mejor en tratar un dolor articular con una tanda de antiinflamatorios orales durante algún tiempo o si mejorarían con una infiltración intraarticular en la misma consulta
- Queremos saber si la consulta electrónica mediante e-mail disminuye el número de pacientes que atendemos, si facilita la comunicación y si podemos así disponer de más tiempo para atender a los que acuden al centro de salud
- Si lo que hacemos en la consulta vale para algo, si tratamos a nuestros pacientes con lo que les tenemos que tratar, si se nos escapan infartados sin prevención secundaria o si utilizamos fármacos inadecuados en población anciana
- Si un sistema electrónico de comunicación de incidencias sobre el paciente, ayuda a detectar esas incidencias y a implementar sistemas de mejora
- Nos interesa mucho conocer qué piensa nuestra gente sobre la higiene en las consultas y que podemos hacer para mejorarla (si resulta, como pensamos a priori que existen aspectos mejorables)...

Estas actividades, ejemplos reales que se están desarrollando en estos momentos, son investigación en atención primaria, enfocada a resolver problemas de primaria que no podríamos conocer a través de la investigación en otros niveles.

-¿Es necesario investigar? Claro que es necesario investigar. ¿Es necesario seguir avanzado? ¿Mejorando? Quizás otra pregunta interesante sería,... ¿cómo es necesario seguir investigando?

Porque continuamos haciendo epidemiología *cul de sac* (callejón sin salida). La mayor parte de las ocasiones investigamos aspectos en los que los resultados se conocen de antemano?, ¿Por qué no avanzamos en nuevas líneas de investigación? ¿Por qué no incorporamos los resultados de nuestras investigaciones a nuestra práctica cotidiana?

- Sin duda, desarrollar líneas de investigación puede ayudarnos a orientar nuestro trabajo de manera que facilite el abordaje de las mayores dificultades con las que nos encontramos, especialmente en la práctica asistencial: presión asistencial, hiperfrecuentación, polifarmacia, mejora en el manejo de patologías prevalentes,..... Abordar nuestros problemas desde una perspectiva investigadora en todos sus aspectos puede ayudarnos a incorporar la evidencia científica a nuestro trabajo cotidiano. Esto no sólo puede contribuir a una mejora de la salud de nuestros pacientes, sino también a una mejora nuestra propia satisfacción profesional en el desempeño de nuestro trabajo.

- Importante: sensibilizar, motivar, cuestionar, facilitar, mejorar, avanzar, participar, cambiar,...

- La monitorización y el seguimiento mediante encuestas son las herramientas necesarias para que las campañas de salud pública puedan controlar y eliminar las enfermedades más comunes, entre ellas las enfermedades cardiovasculares (ECV). Los cupos de población en Atención Primaria se convierten por tanto en la herramienta más cercana del Sistema nacional de Salud para poder medir y cuantificar las ECV y sus conocidos factores de riesgo.

En sociedades como la española, con sistemas de salud universales y bien establecidos, se nos ofrece la posibilidad de obtener una descripción detallada de las ECV y sus factores de riesgo. Esta descripción es fundamental para el desarrollo de la prevención primaria, llevada a cabo a nivel comunitario) que es la única que va a asegurar la eliminación de las ECV y su elevadísimo coste.

- Investigar en Atención Primaria creo que es necesario y que debería ser parte del trabajo diario, implica revisar lo que existe hasta ahora, lo que se conoce de la experiencia, de los usuarios y sus necesidades, de lo que hasta ahora se ha escrito, de qué preguntas han surgido y cómo se ha llegado a encontrar una respuesta, de qué problemas no tienen todavía respuesta... es como una casa sobre la que todos vamos poniendo ladrillos donde los primeros son fundamentales para ir completando paredes...es crecer en conocimientos para desarrollar un trabajo de calidad, y en definitiva es también seguir preguntándonos y buscando respuestas en una espiral dónde se sigue avanzando, sin principio ni fin como todo aprendizaje, como todo conocimiento, por lo tanto, y como antes se dijo, investigar no es la meta, sino el camino, un método o una forma más de dar respuesta a inquietudes y problemas.

- Por ello, y dada la singularidad que tiene trabajar en AP, hay que tener en cuenta los actores y el escenario en el que trabajamos, contemplar el entorno social, cultural, económico, las esferas físicas y psíquicas, pero también las conductuales, emocionales, cómo interactuamos con los usuarios, ...muchos sistemas que rodean a un solo individuo pero que todos influyen de manera definitiva en las formas de afrontar la salud y la enfermedad, por lo que de la misma forma que para trabajar formamos equipo e intentamos cubrir todos estos ámbitos, para investigar se deberían formar equipos interdisciplinarios, en los que además existiera apoyo técnico cualificado (estadísticos, epidemiólogos, etc...).

- La investigación en AP tiene otra fortaleza fundamenta, como en la "investigación-acción-participación" el mismo proceso de la investigación que implica a profesionales y usuarios, fomenta incrementar la calidad y el rigor de lo que se hace, y mejora la satisfacción, la responsabilidad y el autocuidado de los usuarios. Es, en si mismo, un proceso de mejora de calidad en aquello que se quiere investigar. Por ejemplo, conozco tres grupos de investigación en AP en el "Bierzo", uno sobre cirugía menos, otro sobre adherencia a los tratamiento en pacientes polimedcados y otro sobre lactancia materna en mujeres que han sufrido violencia de género. En los tres, la sensibilización de los profesionales ante estos programas se incrementó notablemente, se ha mejorado el programa, su implantación fue del 100% en los equipos de investigación, y se está creando un clima de mejora continua que nunca se hubiera conseguido de implantar los programas con el mecanismo habitual.

Si a ello sumamos la necesidad de investigar en equipo, se conseguiría dar unas respuestas más amplias y globales, mas cercanas a la realidad y la cohesión del equipo también sería mayor.

- Frente a los muchos inconvenientes y dificultades que supone hoy y en nuestro medio investigar en AP, debería ser una prioridad en las agendas políticas intentar conseguir que se comience a investigar en los equipos de AP y que no dependiera de iniciativas individuales.

- Yo no creo que la investigación sea NECESARIA para atención primaria. La práctica asistencial y la organización del trabajo pueden seguir como hasta ahora, modificándose levemente según las aportaciones de otros niveles sanitarios o de la industria farmacéutica. Lo que pasa es que yo soy de los que creo que la atención primaria debe cambiar, debe volver a sus principios y orígenes identitarios, y que la investigación puede ser una herramienta más para apoyar este cambio. En ese sentido, estoy en la línea ya comentada de que se debe abogar por investigar los temas que interesan a primaria, los que nos encontramos cada día, y también por ir creando un lenguaje nuevo de investigación, que no se limite al de la epidemiología clásica. Un ejemplo: El patrón oro de la evidencia y la efectividad, los ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, son estudios experimentales que solo demuestran la efectividad en ciertas condiciones. Estudiar como se trasladan esas intervenciones a la práctica real, con las dificultades naturales de modificación de prácticas o cambios organizacionales, es otro tema que nos suele quedar más descuidado y en el que las metodologías cualitativas y participativas tienen mucho que aportar. En ese sentido y dentro de atención primaria, hay que destacar las aportaciones de enfermería en la promoción de la investigación cualitativa en salud a nivel internacional. Ellas están sabiendo crear un lenguaje nuevo en la investigación, y que aunque es todavía polémico, se está extendiendo con mucha rapidez y está realizando aportaciones muy valiosas.

- Dos ideas más sobre la necesidad de la investigación. La primera es que no solo los estudios grandes sirven para el avance de la atención primaria. Estoy con la idea ya comentada de defender las pequeñas preguntas. Un ejemplo: Estudios descriptivos sobre pequeñas intervenciones de promoción de la salud, no nos dicen mucho sobre su efectividad, ni aportan nada al conocimiento científico, pero nos sirven para motivar a profesionales y ciudadanos para seguir trabajando en esa línea. Entonces la investigación puede ser un catalizador para la acción, sobretodo cuanto más cerquita la tengamos.

Otra idea más sobre esto, vinculada con el tema del cambio en atención primaria, es la de la investigación pragmática: Investigar un tema y publicarlo significa también ponerlo en el escaparate, darle importancia, subrayarlo. En ese sentido, es importante y necesario investigar sobre la participación de la ciudadanía en la salud, sobre las actividades comunitarias de promoción de la salud, sobre los determinantes sociales de la salud, y otros temas que quedan colgados de los programas oficiales de formación sanitaria y del discurso subyacente del sistema sanitario.

- Es extremadamente necesaria la investigación en atención primaria porque nuestro medio es distinto del de otros niveles asistenciales y nuestras preguntas cotidianas están muy influenciadas por este medio. En cuanto a la contribución a la investigación de los médicos de familia y comunitaria que nos dedicamos en más de un 80% al trabajo asistencial, esta podría llevarse a cabo a través del planteamiento de preguntas en relación a las necesidades de los ciudadan@s que diariamente atendemos y a las nuestras como profesionales

- Pienso que es necesario tener competencias en la lectura crítica de la literatura científica bio-psico y social para responder a las preguntas que se nos plantean y si alguna de ellas (muchas), no han sido adecuadamente respondidas poder aportar elementos a investigar a otr@s compañer@s formadas y con dedicación mayoritaria al trabajo de investigación. Trabajar en definitiva en redes y en equipos interdisciplinarios para que pueda aprovecharse al máximo y de manera adecuada los saberes generados por cada una de los agentes que contribuye al conocimiento, y ahí deberemos tener la destreza de incluir la mirada y participación de los pacientes. La promoción de la salud, debería ser una campo ampliamente desarrollado en la atención primaria y comunitaria y los equipos que investiguen e intervengan deberían estar compuestos por personas provenientes de diferentes campos (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, antropología, sociología, nutrición,

odontología, salud pública, epidemiología...) e incorporar a pacientes que en definitiva son los principales conocedores de sus procesos y necesidades.

- En cuanto a la calidad de la investigación de "andar por casa" (fijaros: andar por casa, digámosle para andar por el medio local, por nuestra realidad más próxima y a veces difícilmente extrapolable a otras realidades, y no en el sentido despectivo de "poco valor") debería estar garantizada por disponer de unidades de apoyo a la investigación que nos den asesoramiento sobre el planteamiento de nuestras humildes pero no por ello menos valiosas investigaciones porque nos sirven para conocer más nuestro medio y porque a la vez pueden compartirse en foros y redes para que lo creativo pueda difundirse, expandirse, mejorarse... Esa investigación local, fruto de la curiosidad no debe menospreciarse al contrario, debe recibir el apoyo necesario para que pueda contribuir al conocimiento y debe tener sus propios medios de difusión para que pueda promoverse. La investigación clásica, la de los artículos y de las revistas de impacto debe a la vez beber de las ideas y preguntas generadas a este otro nivel para que pueda resultarnos útil. Por otra parte es bastante indecente que muchas de los grandes trabajos se planteen resolver preguntas poco relevantes para nosotros (tratamiento vs placebo???, con pacientes hiperseleccionados que no se parecen en nada a los que asistimos diariamente, y excluyan las preguntas más útiles y a aquellas personas que por sus problemáticas nos generan más preguntas. Es indecente que aunque sea indirectamente, los estados apoyen esta investigación de dudosa utilidad social y que contribuye a aumentar aún más la brecha en salud entre personas y comunidades de distintas latitudes.

- Investigar como un medio y no como un fin. En realidad la investigación es la herramienta que nos permite avanzar y consolidar conocimiento y lo mas relevante para mi, transferirlo a los cuidados en salud. Tenemos necesidad constante de información adaptada al ámbito de la AP. Se ha comentado de forma previa, muchos de los resultados que manejamos en la práctica habitual, se han generado en otros niveles/entornos de asistencia, frecuentemente con poblaciones no superponibles a la población que utiliza los servicios de salud del primer nivel.

- Necesitamos mas y mejor información sobre intervenciones, actividades de prevención, procesos de toma de decisiones, cuidados... Mejorar la información sobre cómo hacemos las cosas, sobre gestión de servicios de salud y también información relevante sobre los profesionales que trabajan en AP. La segunda pregunta importante, es ¿se puede investigar en AP?, se puede...presenta limitaciones pero en los últimos 10 años puede que el panorama haya mejorado algo, *sin ser suficiente*. Estrategias de consolidación en red, intensificaciones, convocatorias centradas en áreas que incluyen la AP perfilan cierta incorporación de la AP a la investigación. Y debemos investigar sobre aquello que complete las múltiples lagunas de conocimiento que sin duda tenemos sin pensar que la pregunta mas compleja es la mas relevante. Preguntas sencillas con diseños adecuados, pueden suponer un avance relevante. ¿Todo los profesionales investigando en el ámbito de la AP?, creo que no. La motivación, el interés, la factibilidad (básico la existencia de estructuras próximas que faciliten método), las posibilidades de apoyo van a modular el lanzarse a un proyecto. Si que considero que todos los profesionales deben mantener un espíritu crítico que cuestione de forma constante su actividad y que le sirva para valorar todos los datos a los que tenga acceso.

- Sí que es necesaria porque repercute en la atención que damos a los pacientes y en los resultados de salud que ellos obtienen con nuestra práctica profesional y no sólo por el conocimiento que la investigación genera sino también porque el trabajo científico forma profesionales competentes en la comunicación con los pacientes, herramienta especialmente básica en la AP.

## 2. Necesidades futuras de investigación en Atención Primaria:

### 2.1 Sobre Investigación Translacional

- Un gran área de investigación en AP que está tomando mucho auge en estos tiempos es la llamada "type 2 translational research" (investigación transnacional tipo 2—o en corto, "T2"). La investigación transnacional tradicional se ha enfocado principalmente en la translación de los descubrimientos del laboratorio a la práctica clínica hospitalaria ("from benchside to bedside"), lo que ahora se llama "type 1 translational research"; la historia acaba con el ensayo clínico y la publicación de los resultados en una revista clínica. En los últimos tiempos, no obstante, se ha destacado el hecho de que muchos tratamientos cuya efectividad ha sido demostrada en ensayos clínicos no acaban de ser usados de una forma generalizada por los profesionales de la salud en general; es la investigación "from the bedside to the curbside" ("de la cama hospitalaria a la acera"). Esto afecta tanto a actividades preventivas como terapéuticas; ¿Por qué solo una minoría de personas con cierto patrón de riesgo cardiovascular que se beneficiarían de una aspirina diaria recibe una recomendación de tomarla? ¿Por qué solo una fracción de estos lo hacen? Lo mismo sucede con los bloqueadores beta o con la mamografía, o con la colonoscopia para la detección precoz de cáncer de colon, y con una miríada de otras intervenciones.

La T2 es el campo de la investigación que trata de resolver estas preguntas. Incluye métodos tradicionalmente encasillados en el campo de la investigación de servicios de salud, incluyendo tanto métodos cuantitativos como cualitativos y el ámbito de natural para este tipo de investigación es la AP. En EE.UU., el National Institutes of Health (NIH) ha desarrollado un nuevo programa de financiación de centros de investigación conocido como el "CTSA", "Clinical and Translational Science Award" (Beca de investigación clínica y transnacional). Actualmente, el plan es financiar unos 50 centros en el país y el enfoque requiere que estos centros tengan tanto un componente de T1 como uno de T2.

- Las necesidades y campos a investigar tanto desde la perspectiva clínica y como vemos en los ejemplos ya comentados desde una perspectiva de organización de servicios sanitarios, de políticas sanitarias, de salud pública, etc son múltiples. Pero antes de avanzar en necesidades futuras, veo necesario poner en marcha lo ya investigado o aquello que está claro que su aplicación netamente comporta más beneficios que riesgo (ya sea en la consulta, ya sea en organización de servicios, etc). Me llama mucho la atención cómo hacemos decisiones clínicas sobre temas que tenemos evidencia científica alta o razones justificadas para tener una recomendación ya sea a favor o en contra fuerte y todavía existe una amplia variabilidad de práctica clínica. Me llama la atención tras impartir diversos talleres GRADE, la dificultad que tenemos para escoger las variables clave para tomar decisiones, la dificultad que tenemos para hacer lectura crítica, la cantidad de cosas que leemos sea de buena o de mala calidad (sobre todo en castellano) y lo poco críticos que somos con las recomendaciones u opiniones establecidas. Tener una buena base metodológica no sólo es imprescindible para investigar si no también para hacer decisiones clínicas en nuestro día a día. Una manera sistemática que nos ayude a la toma de decisiones, no hace más capaces de reconocer dónde no hay evidencia clara y en consecuencia dónde es necesario investigar. Tener una buena base metodológica nos ayuda a entender y ser críticos con los que leemos, y nos hace más capaces de investigar (y sobre todo si tenemos detrás unidades de investigación, con equipos de epidemiólogos, estadísticos competentes que nos ayudan a ello). Creo que las unidades de investigación muchas veces están lejos de dar respuesta a las necesidades de los clínicos y plantean la investigación cómo algo alejado del día a día en la toma de decisiones. Yo creo que los profesionales prefieren hacer una investigación ligado a la clínica y pienso que se ha de dar esta convergencia entre lagunas de conocimiento clínico y necesidad de investigar, con maneras de analizar y construir muy relacionadas.

No sé si esto pasa por potenciar más la epidemiología clínica y no la investigación amplia en atención primaria. Y posiblemente necesitemos epidemiólogos clínicos con una formación amplia como médico de atención primaria

- Investigación en formación pregrado y postgrado
- Investigación en metodología docente
- Preguntas clínicas como fuente de preguntas de investigación.

## 2.2 Sobre perspectivas y necesidades de la población:

Desconocemos las necesidades de la población, y lo que es todavía más complejo, sus expectativas. Muchas veces ni valoramos ni tenemos en cuenta sus preferencias.

Además no preguntamos (quizá porque no interese preguntar). No vamos a preguntar a la población en qué le interesaría que investigásemos pero sí deberíamos tener en cuenta lo que les preocupa para luego poder trabajar e investigar sobre ello. Normalmente suele ser al revés, investigo sobre algo que a mi me interesa y luego ya iremos viendo.

La participación de la comunidad es escasa (consejos de salud, mesas de salud escolar), incluso a veces nula.

El papel que se nos otorga como gestor sanitario del paciente desde la atención primaria debería implicar, necesariamente, las preferencias del paciente (así lo refleja, por ejemplo, la ley de autonomía del paciente).

El planteamiento del papel de la población en la investigación es clave. En la mayoría de casos (y si entramos en ensayos clínicos tendríamos mucho que discutir) son el "objeto de estudio". Necesitamos conocer las preferencias de la población en múltiples aspectos, entre ellos qué aspectos les parecen prioritarios en investigación.

Es clave que la población tenga una actitud activa en los proyectos de investigación, como ya se apuntaba anteriormente, a través de metodología de investigación-acción-participativa.

- Estrategias para facilitar la participación de la comunidad en la atención primaria.
- Identificar las necesidades de la población en materia de salud haciendo partícipes a la misma en dicho proceso. Para ello se podría utilizar la metodología de investigación-acción-participativa.
- Tenemos un tablón donde colocamos información sanitaria a padres, estamos diseñando un sistema para que los padres nos digan que información sanitaria les parece interesante ( el típico buzón de sugerencias, pero algo más) A lo largo del año esperamos tenerlo planeado.
- Merece la pena reseñar la necesidad perentoria de investigación que evalúe el grado en que las preferencias de los pacientes se incorporan a las decisiones sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas alternativas, y como de bien se hace esta incorporación. Es importante contar también con elementos de juicio que apoyen la realización de intervenciones que mejoren la concordancia entre las expectativas y las elecciones finales. Nos permitirán conocer y abordar mejor variables específicas de la población que atendemos y decisivas en el resultado final (diferencias transculturales, socioeconómicas, creencias, variables psicológicas como el locus de control, etc.).

- Enfoques cualitativos y participativos de detección y priorización de estrategias en salud poblacional.

- Comparación de resultados entre diagnóstico comunitario a través de información exclusivamente cualitativa (tipo rapid assesment) y diagnóstico comunitario realizado con información cuantitativa.

- ¿Quién define y con qué criterios las necesidades de la población?
- ¿Qué expectativas tiene la población frente al sistema sanitario? ¿Quién promueve las expectativas de la población?
- ¿Qué espera la población de nosotros? ¿Diagnóstico o asesoría? ¿Atención continua o continuada?

- Abordar científicamente el concepto de medicalización de la vida: causas, consecuencias, estrategias para su abordaje.

-¿Puede el autocuidado disminuir la presión asistencial?. -Investigación sobre aquellas estrategias y saberes que le permiten a la población solucionar sus propios problemas de salud.

- Adherencia a los tratamientos  
-Cuidados y cuidadores informales.

-Papel de los medios de comunicación en las perspectivas y expectativas de la población

-Estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida en enfermos crónicos.

-Evaluación de programas de salud y de control de enfermedades crónicas a través de la opinión de los usuarios

- Aspectos específicos de niños, jóvenes, mujeres, hombres y mayores

- Salud rural y gestión de los cuidados

- Atención a grupos marginales y minoritarios. Detección de necesidades y capacidad resolutoria de colectivos minoritarios y con riesgo de exclusión.

- Enfermedades raras

- Educación a grupos, individual.

-¿Desea la comunidad a la que atendemos recibir (in)formación a nivel grupal sobre ciertos problemas de salud?

-Si desean y reciben dicha información, ¿tendrá esto algún efecto en cuanto a concienciación y actitudes saludables?

- Evaluación de la eficacia de todos los programas que se llevan a cabo en la actualidad.

- También sobre cómo quieren ser incorporados a este proceso. Y fundamental necesidades de información y proceso de consentimiento informado.

### 2.3 Sobre políticas y gestión:

- Es necesario el Benchmarking organizacional, investigando y evaluando prácticas de gestión en países desarrollados de nuestro entorno, analizando también las necesidades de adaptación a nuestro medio. Esta investigación es clave, ya que puede ayudar a redefinir un modelo de atención necesitado de modificaciones que no están al alcance de las estructuras de gestión de las diferentes regiones sanitarias. Lo explicaré mejor con el ejemplo de las actuaciones de la Dirección General de Tráfico dirigidas a prevenir la siniestralidad en nuestras carreteras. Desde fuera, y sin conocer mucho la estructura de esta Dirección General, parece que todas las medidas necesarias están al alcance de sus medidas reguladoras, de forma que al final una sola organización controla eficazmente la mayor parte de los factores que influyen en los accidentes; hasta los coches (fabricados por empresas privadas) tienen que adaptarse a una normativa de seguridad homologada. Es decir, hay un grado de control elevado de los factores implicados desde una misma administración -en este caso la DGT-. Pienso en Atención Primaria, y analizo cuantos de los factores que influyen en su funcionamiento son ajenos a las posibilidades de regulación de los diferentes niveles (autonómicos o nacionales) de financiación y provisión de Servicios de Salud. Pensando rápido, se me ocurren tres ministros que pueden tomar decisiones que signifiquen cambios importantes en el primer nivel asistencial: el de Trabajo (Responsabilidad de la IT), el de educación (Responsabilidad de la Ley de dependencia hasta hace unas semanas), el de Asuntos Sociales (Responsabilidad de prestaciones para la discapacidad o la tercera edad). En la APS confluyen diferentes mecanismos de protección y ayuda del estado. Para integrar estas prestaciones de forma igualitaria, efectiva y equilibrada se debería contar con una

mayor capacidad centralizada de decisión y organización. ¿se cuenta en nuestro entorno con algun departamento/subsecretaría/Dirección General específico de la APS que permita cumplir con este cometido? Sería necesario investigar la pertinencia de ese organismo y analizar con ello también de que forma se puede mantener una descentralización territorial con una centralización funcional que ayudara a evitar esta sensación de que existen tantas APS como regiones, comunidades, e incluso municipios. Por otro lado, la APS ofrece una auténtica mina de información que, bien analizada, puede ayudar a una mejor toma de decisiones, que pueden afectar a otras actividades sobre la salud de las personas. Por poner un ejemplo, se puede disponer de información de la necesidad o no de la realización de determinadas prácticas preventivas que, como los reconocimientos laborales, se transforman muchas veces en motivos de consulta cuantificables, no siempre justificables. Esta organización central permitiría incorporar esta información de forma efectiva a otras decisiones surgidas o no del ámbito sanitario. Lo contrario nos lleva a situaciones que organizativamente son poco deseables, como la que sucede en la prestación de Incapacidad Temporal. Sigue existiendo un modelo de control que afecta radicalmente a la forma de trabajo de Atención Primaria, y en el que los sistemas de salud parece que tienen poco que decir y opinar.

- También es necesaria la investigación de las diferentes prestaciones antes de su implantación y de los sistemas de evaluación para su adopción en la cartera de servicios. Tenemos en nuestro entorno ejemplos conocidos (Agencia NICE de Evaluación de Tecnologías), que demuestran que se pueden tomar decisiones fundamentadas de forma independiente pero con capacidad prescriptiva y vinculante para el proveedor de servicios sanitarios. En España, una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias evaluó hace pocos años la justificación de la realización de tartrectomías en la población, por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Sorprendentemente, a pesar de la falta de pruebas que justifiquen la implantación generalizada de este servicio bucodental, se toma la decisión de implantarlo. No parece que vaya a ser nocivo para nuestras bocas, pero ignorar la limitación de recursos -lo que no implica que estos no falten- solo consigue asignaciones ineficientes; de algún otro sitio (a lo mejor, tan o más necesario) se quitará lo que se dedica a las limpiezas dentales. La incorporación de prestaciones en APS no ha ido siempre acompañada de la necesaria evaluación. Hablo de investigar sobre la efectividad, de eficiencia, de influencia en la calidad de vida, y de seguridad de las prestaciones del primer nivel de atención.

- Es necesaria la investigación destinada a mejorar los sistemas de evaluación e incorporación de prestaciones a nuestro nivel asistencial. En la prestación farmacéutica, esta falta de desarrollo en la regulación de la limitación de la financiación de nuevos fármacos "me too", puede que esté consumiendo muchos recursos esenciales en APS (considerada como responsable de una buena parte del gasto farmacéutico de nuestro país). Sería un campo específico para la investigación y la evaluación económica.

También sería necesaria una investigación dirigida a decidir la incorporación de forma más o menos homogénea, precoz y obligatoria, de todas aquellas tecnologías que se puedan manejar en el primer nivel y ayuden a desarrollar mejor su función de puerta de entrada manteniendo niveles altos de capacidad de resolución. Es probable que uno de los criterios prioritarios para tomar estas decisiones sea el de la eficiencia, entendiendo que una misma prestación (por ejemplo, el fondo de ojo con cámara no midriática), que pueda tener similares resultados en la salud realizada en AP o en AE, debería realizarse en el primer nivel asistencial.

- La esperanza de vida aumenta, y probablemente el porcentaje de personas institucionalizadas. Es necesario investigar también sobre formas de gestión sanitaria, y de definición específica del modelo de Atención Primaria a seguir en un espacio mixto socio-sanitario, como son las residencias de la tercera edad.

- ¿Sirven para algo los planes y programas de salud? ¿Son conocidos por los profesionales que deben llevarlos a cabo? Estrategias para mejorar su difusión, preferentemente involucrando a los profesionales desde los primeros momentos de su desarrollo (foros de discusión, wikis, etc.). Nuevos mecanismos de seguimiento y evaluación: retroalimentación directa desde el

ejecutor de las medidas hasta los responsables iniciales de los planes, gestores, etc.; publicación de los resultados de las evaluaciones de forma abierta.

- Estrategias para mejorar el Sistema de Salud y sus políticas (enfoque hacia la prevención, gestión de recursos humanos, necesidades de equipamiento e infraestructura, eficacia y seguridad en el uso de fármacos, modelos de calidad asistencial...)

- Evaluación de los modelos organizativos en AP. La organización de la atención sanitaria en la APS de nuestro país gira mayoritariamente en torno a las Zonas Básicas de Salud, y los Equipos de Atención Primaria. Ahora que se habla de la necesidad de un cambio de modelo, podría enriquecer la investigación sobre otras formas de prestación de servicios en el primer nivel, analizando incluso los resultados sobre la salud de un modelo de provisión privada de servicios en AP.

- Evaluación de las diferentes estrategias de gestión en AP (modelo de servicio de salud, modelo de gerencia única, modelo de "gerente único", modelo de concesión administrativa a una UTE (Modelo Alzira), modelo de prestación de servicios integrales (como los consorcios sociosanitarios, modelo Entidad Base Asociativa, modelo privado, etc.).

- Valorar diferentes modelos de gestión frente a la mejora global de la población a pesar de que esto último, la medición de resultados en salud, todos sabemos que es bien complicado, por ejemplo en relación con la comorbilidad.

La comorbilidad debería ser objeto prioritario de investigación en la APS. Y por supuesto, la influencia de la organización de la prestación de la atención en el primer nivel en la consecución de unos mejores resultados en salud de las personas con enfermedades crónicas. Con un mayor protagonismo de otros profesionales del equipo (enfermería, administrativos, trabajadores sociales) , vertebrando la atención en función de unos objetivos comunes al Equipo de Atención Primaria.

- También la investigación sobre diferentes formas de gestión y coordinación con Atención Especializada. La continuidad de cuidados, los factores que influyen en ella, y los posibles resultados sobre la salud de las personas, también parecen una circunstancia a investigar, con claro protagonismo de la Atención Primaria.

- Medidas de impacto derivadas de políticas que toman sus decisiones basadas en la evidencia científica

- Cómo influyen unas u otras políticas sanitarias en los resultados en salud, al menos a medio plazo, de la población (atendida y no atendida).

- Impacto del trabajo interdisciplinario vs el llevado a cabo por investigadores pertenecientes a un campo concreto (medicina, enfermería...) por separado.

- Impacto de los programas nacidos en el seno de los equipos de atención primaria vs los nacidos en los órganos de gestión de la institución.

## 2.4 Sobre salud pública, salud comunitaria y atención primaria:

- ¿Cómo pueden trabajar conjuntamente los profesionales de los servicios de atención primaria y los de salud pública?

- ¿Necesita la Atención Primaria profesionales de salud pública (no asistenciales)?

- Estudios de estrategias de promoción de la salud y cambios (o mantenimiento) de estilos de vida saludables

- Modelos compartidos o integrados con corporaciones locales y sociales para potenciar la promoción de la salud

- Estudios de calidad asistencial en AP
- Estudios de seguridad del paciente/usuario en AP
- ¿Cómo medir el impacto de nuestras actividades comunitarias?
- Necesidad de unificar y coordinar muchos aspectos comunes en la AP y la Salud Pública
- Uno de los elementos más prometedores en la investigación en Atención Primaria en Enfermedad Cardiovascular (ECV) es el desarrollo de grandes estudios longitudinales donde se incluyan gran número de participantes, representativos de la población general, donde la información sobre los conocidos factores de riesgo, los diagnósticos de ECV, y sus tratamientos, sean recogidos de manera válida y sistemática
- En lo referente a las exposiciones ambientales

## 2.5 Sobre organización de la atención sanitaria

- Cómo se puede avanzar en la adaptación de los servicios a los cambios sociales (¿qué es una comunidad? ¿Dónde están las comunidades actuales? ¿Deben transformarse los dispositivos asistenciales a partir de las posibilidades de las TIS?)
- Saber si sigue siendo útil la organización actual de los centros de salud. Si disminuyen los tamaños de los cupos y sigue habiendo urgencias sin motivo aparente, ¿qué falla?
- Medidas administrativas para el control de la incorporación de las prestaciones a la práctica asistencial. P.ej: el visado de fármacos, además de un control real en su prescripción, ¿puede estar suponiendo retrasos clave en su llegada a los pacientes que los necesitan, con los consiguientes resultados negativos en su salud?
- Reorganización de estrategias asistenciales y recursos humanos
- Sistemas de triaje para disminuir la presión asistencial
- Desarrollo de modelos que potencien la desmedicalización y dependencia de los sanitarios.
- Desarrollo de modelos de trabajo multidisciplinar en los equipos de AP
- Estudios de medidas de motivación e incentivos en los equipos para mejorar la calidad asistencial.
- Estudios de eficacia de funciones/intervenciones-profesionales
- Realmente la Atención Primaria mejora la salud de los individuos y de la comunidad?
  - Estudiar los factores relacionados con la organización sanitaria que permitan identificar posibles causas asociadas a la hiperfrecuentación en atención primaria.
- ¿Los servicios prestados en AP responden a las necesidades reales de salud o a la demanda?.
- Descentralización de los centros y autonomía de gestión en cuanto a organización y funcionamiento de los centros, en base a unos objetivos previamente pactados (ojo, ojo, que no se me malinterprete!!!).

## 2.6 Sobre prevención:

- Evaluación del impacto en salud de las actividades clínicas preventivas
- Ensayos para desarrollar estrategias preventivas que compartan la dimensión comunitaria y la asistencial
- Evaluación de resultados sobre la salud de actividades y programas preventivos en vigor en Atención Primaria
- Criterios de implantación de actividades preventivas en Atención Primaria
- Aceptabilidad de esas actividades preventivas.
- Evaluar la efectividad de las estrategias preventivas en atención primaria para una posterior priorización.
- Efectividad y eficiencia de actividades implementadas y útiles?
- Proceso de decisión en la implementación de actividades preventivas.
- Estudios colaborativos y multidisciplinarios sobre intervenciones preventivas en salud.

- Cohesión de actividad en el SNS.
- Seguimiento de cohortes de población dentro de programas de prevención.

## 2.7 Sobre educación y promoción de la salud:

- ¿Qué hábitos merece la pena alentar o desalentar?

- En APS, somos expertos en educación para la salud, pero ¿modificamos los hábitos que pretendemos modificar?; como ya se ha dicho, hemos pensado que solo por hablar al final de una consulta de que el ejercicio físico es necesario, se iba a practicar más. Ya sabíamos hace tiempo que el consejo antitabaco en una consulta de medicina o de enfermería se quedaba corto para que nuestro paciente dejara de fumar. Son muchas las variables que debemos estudiar a través de investigaciones ad hoc, pensadas para la modificación de conductas en y para nuestro medio asistencial.

- Sobre actividades de prevención y promoción en Salud Mental, y sus relaciones con el modo de vida. La OMS prevé que las enfes mentales (depresión, creencia) serán la 2ª causa de morbimortalidad después de las cardiovasculares en el año 2020. Y parece que los abordajes sobre los que se investiga son los psicofarmacológicos.

Tengo experiencias de trabajo comunitario en redes de investigación multiprofesionales cooperativas de más de 30 años de aplicación de intervenciones grupales con resultados interesantísimos. Los puntos de contacto con el sistema sanitario es difícil y escaso, aunque interesa explorar posibilidades de aplicación de metodologías y saberes (psicosociales) al enriquecimiento de nuestra concepción de la persona, familia y lo social. Para la intervención profesional más integral y más ajustada a las necesidades humanas, que no son solo bio.médicas- Y también tiene interés para la mejor comprensión de lo que la sociedad de hoy nos demanda (demanda creciente y urgente, las cosas ya), y leer necesidades no atendidas ocultas en esa insatisfacción (sociedad del miedo, medicalización de la vida cotidiana, baja tolerancia a la frustración, individualismo). Esta comprensión facilita el ejercicio profesional y disminuye la frustración y el desgaste.

Por tanto puede aplicarse en estudios de investigación a la AP y creo que son de interés metodologías que combinan lo cuanti con lo cuali, sobre aspectos del modo de vida que tratamos a diario en la consulta sin considerar que son objeto de conocimiento (adolescencia, problemática de género, reproducción, pautas de crianza infantil y asesoramiento a padres, dependencia, impacto de la enfermedad, envejecimiento, inmigración y precariedad), y en ciclos de investigación-acción. Pueden ser aplicados también al cuidado y prevención del desgaste profesional.

- ¿Se adecuan los programas verticales (tipo "ja tenim un fill" o "salut i escola") a los contextos de cada población?

- En cuanto a prevención y promoción, implicación de los profesionales asistenciales y tiempo para realizarlo, así como potenciar a este respecto el trabajo de la enfermería de atención primaria

- Sobre el impacto de la educación entre iguales en la promoción de salud.

- Comparativas entre abordajes individuales vs comunitarios en el control de patologías crónicas y los factores de riesgo de enfermedad.

## 2.8 Sobre diagnóstico:

- Estudios sobre la eficacia diagnóstica que tienen los materiales más sencillos de los que disponemos en una consulta normal (entrevista, exploración física).

- Validez y fiabilidad de la exploración (abandonamos prácticas básicas por la tecnificación?)

- Utilización de recursos diagnósticos.

- Eficiencia de la implantación de test diagnósticos sencillos en consulta

- Como manejar la incertidumbre.

- El impacto de las actividades diagnósticas sobre la salud y el bienestar de las personas.
- El impacto del estudio a través de pruebas complementarias de signos o síntomas inespecíficos.
- Las consecuencias de la irradiación en personas que precisan por sus patologías controles periódicos a través de TAC o radiología.

## 2.9 Sobre tratamiento:

- Efectos secundarios. Aprovechar los millones de datos que almacenamos en las historias clínicas electrónicas para buscar asociaciones entre fármacos prescritos y consecuencias posteriores.
- Ensayos clínicos realizados en AP por profesionales de AP, con criterios de inclusión amplios y muestras representativas de la comunidad, para ver efectividad real e impacto sobre indicadores cualitativos de impacto social y familiar de las enfermedades
- Ensayos clínicos sobre intervenciones no farmacológicas.
- Estudios para valorar no ya los beneficios de las intervenciones terapéuticas, sino sus inconvenientes (Componente personal, social y familia brutal) y sus costes.
- Sobre modificaciones en los tratamientos por parte del médico de primaria a partir del prescrito por el médico de atención especializada y viceversa (justificación del cambio).
- Sobre modificaciones en los tratamientos por parte del farmacéutico
- Sobre el impacto y los riesgos de la multiplicidad de marcas de genéricos en las personas analfabetas o con deterioro cognitivo incipiente
- Sobre el impacto de la incentivación económica para el cumplimiento de objetivos sobre las poblaciones a cargo -Riesgos del tratamiento sintomático
- Ensayos clínicos sobre terapias complementarias y sobre medicina tradicional
- En el diagnóstico y tratamiento, plantear sistemas voluntarios de notificación, tanto de reacciones adversas no medicamentosas como en seguridad del paciente (en relación con fallos estructurales del sistema como fallos de los profesionales que participan en la atención
- Utilización de fármacos en condiciones reales de uso. Estudios de seguridad postautorización, ECA en el ámbito de la AP, errores de medicación...  
Con los actuales SIS disponemos de múltiples datos no utilizados.

## 2.10 Sobre efectividad y calidad.

- Es necesario que la investigación de VPM (Variaciones de la Práctica Médica) sea habitual en la Atención Primaria. Hasta la fecha, los estudios de VPM se centran principalmente en atención especializada. Pero ya conocemos intervenciones efectivas cuya indicación, seguimiento o resultados son propias de la APS. Sabemos que muchas intervenciones de efectividad probada no llegan a la población que se podría estar beneficiando de ellas, hablaríamos de infrautilización de tecnologías de efectividad probada. En otros casos, se sobreutilizan las tecnologías, siendo este uso excesivo nocivo para la población (desde la perspectiva individual y la poblacional), como puede ser caso del uso de antibióticos, tan extendido en nuestro país. En muchos casos, ya podemos decir que los resultados de nuestras intervenciones son tangibles, en términos de morbilidad evitada, mortalidad prevenible, y mejoras de calidad de vida. ¿se aplican por igual en APS?, , ¿todos los pacientes que han sufrido un IAM están antiagregados, tomando estatinas y con betabloqueantes? ¿somos conscientes de que la adherencia al tratamiento puede estar condicionando estrechamente los NNT de las intervenciones que realizamos? ¿los hipertensos de Murcia están igual, mejor, o peor controlados que los de Madrid?¿O por el contrario, "Geography is destiny"?.
- Sería interesante estudiar en qué se basan las diferencias en la demanda de distintos profesionales dentro del mismo centro de salud, o entre centros de salud que atienden poblaciones de similares características ¿por qué uno tiene 3 días de lista de espera y otro no?
- Identificar estrategias para disminuir las diferencias de acceso a la salud.
- Sobre el impacto que tiene en la capacidad resolutoria y autonomía de los pacientes, los programas de control de enfermedades crónicas que estamos desarrollando

- Sobre el impacto que tiene el tratamiento como enfermedades que le damos muchas veces a los factores de riesgo, en la percepción de salud y enfermedad de las poblaciones.

- Variabilidad en el uso de evidencias. Utilización de fuentes de información. Adaptación a estándares/guías de práctica clínica. -evaluación cualitativa de la calidad asistencial en los estándares de calidad asistencial que se manejan en las direcciones por objetivos.

- Sabemos que los profesionales sanitarios somos sensibles a los resultados de las auditorias, en términos de incorporar ese feed-back a la modificación real de nuestra práctica, influyendo en los resultados. Sería necesario avanzar en los sistemas de información que permitan ofrecer resultados del desarrollo de nuestras competencias en tiempo real. Para ello, ha que profundizar en la investigación de la efectividad de nuestras intervenciones. La historia clínica informatizada lo permite. Por supuesto, habrá que pensar también en investigación que mida la validez en nuestro medio de los sistemas de pago por desempeño, como una forma de pasar a la acción.

- Es necesaria la investigación sobre el clima laboral, la satisfacción y la motivación de los profesionales sanitarios. Parece razonable pensar que el producto final de nuestro trabajo también es dependiente de estos factores. En un momento que se habla de insatisfacción, de falta de elección de plazas MIR de MFyC, de burnout, es una investigación específica y necesaria para la APS.

## 2.11 Sobre eficiencia y costes:

- Investigación sobre financiación: se habla de la sostenibilidad del sistema sanitario, y de la dificultad para asumir todas las prestaciones potenciales que se pueden asumir en la Atención Sanitaria. En ese contexto, el copago surge como un mecanismo de control que puede implantarse en Atención Primaria. Es necesaria la investigación sobre su repercusión en la equidad de los cuidados prestados.

- Inversión y resultados en salud . Eficiencia de modelos organizativos.

- Optimización de los costes en relación con diferentes programas y proyectos, una vez conseguido el objetivo marcado.

- No olvidar la existencia de las economías de escala (tanto a nivel de suministros como de investigación y formación de grupos de trabajo...).

- Inversión/ resultados en salud

- Inversión en investigación en el primer nivel, ¿por qué no?

## 2.12 Sobre sistemas de información:

- Investigación sobre Sistemas Case-Mix y de Clasificación de Enfermedades ¿Puede el sistema de codificación de morbilidad en APS influir en la salud? P.Ej: En la clasificación CIAP existe la categoría diagnóstica de "Mastopatía Fibroquística". Este diagnóstico clínico y radiológico la mayor parte de las veces, es cuestionable si no va a acompañado de anatomía patológica. No hablamos solo de divergencia de criterios, sino de yatrogenia evitable, si pensamos que muchos médicos han podido indicar una mamografía anual solo por la constancia de este antecedente en la historia clínica. ¿podríamos decir entonces, diagnosis is destiny?

Elaboración de sistemas de información válidos (que midan lo que se supone que deben medir) y fiables (que midan establemente en el tiempo y con mínima variabilidad

interobservador). Sistemas no politizados, sino gestionados y creados por criterios meramente técnicos y científicos.

- Grado de utilización de la información recogida con los actuales sistemas de información en Atención Primaria y su utilización para la toma de decisiones.
- Capacidad de respuesta de los sistemas de información actuales a las necesidades de información planteadas en programas y actividades.
- Estudio y desarrollo de sistemas de información que permitan medir, elaborar indicadores, etc. del trabajo de enfermería.
- Estudios y desarrollo de sistemas de análisis y difusión de los datos obtenidos.
- Estudiar la variabilidad en el registro del sistema de información de atención primaria.
- Adecuar los sistemas de información de atención primaria a sistemas que permitan mejorar la gestión de la atención sanitaria en lugar de ser únicamente de registro. Es decir, pasar de un sistema de información de registro a un sistema de gestión.
- ¿Encuentran los médicos de familia/enfermeros útil para su trabajo diario los sistemas de información de los que disponen?.
- Teniendo en cuenta que esos sistemas de información son homogéneos, por qué unos profesionales los usan adecuadamente y otros no?.
- Influencia percibida en su trabajo por los médicos que realizan sustituciones del adecuado registro de antecedentes, episodios y prescripciones por el profesional al que se sustituye.
- Estudios sobre la importancia del adecuado flujo de información entre atención primaria/especializada, y sobre la realidad en este sentido.
- Necesidad de un sistema común, integrado y unificado de historia clínica electrónica, compartida por primaria y especializada.
- Receta electrónica.
- Cuadro de mandos integral con los indicadores necesarios que permitan seguir la evolución del equipo en relación con los recursos suministrados y los objetivos propuestos.
- Se sabe que en la consulta de AP surgen muchas dudas clínicas de forma diaria, y no siempre se resuelven satisfactoriamente. Por otro lado se habla de la brecha entre la eficacia y la efectividad, como un problema de calidad. En la medida en que también influye en estos factores se hace necesario también investigar y conocer el papel de la alfabetización informacional (muy ligada al uso de tecnologías de desarrollo reciente) en la transmisión de la información para que el conocimiento llegue a donde es más necesario, en el medio asistencial de Atención primaria.

## 2.13 Sobre Web 2.0

- Aunque de difícil conceptualización, se habla de la Web 2.0 como un cambio de paradigma e incluso una innovación disruptiva. En mi opinión, hay que investigar también sobre el aprendizaje, la incorporación de estas herramientas a la práctica de los profesionales de APS, y los posibles resultados. Cito en este contexto la frase -muy acertada desde mi punto de vista-, del escritor británico Samuel Johnson: "El conocimiento es de dos tipos. Conocemos el tema nosotros mismos, o sabemos donde podemos encontrar tal conocimiento"

Por supuesto, la Web 2.0 también existe y es utilizada por los pacientes. Existen redes sociales que pivotan en relación a la enfermedad, o su repercusión sobre la calidad de vida, que pueden sustituir el rol de los grupos de pacientes en formato presencial con el que tradicionalmente se ha trabajado en APS. La hipótesis de trabajo es común, y partiría de la utilidad que pueden tener estas herramientas para profesionales sanitarios y pacientes; estaría justificada por la posibilidad de concretar y desarrollar en un espacio virtual la inteligencia colectiva de muchas personas. La influencia de Internet y sus formas de comunicación sobre la salud es un campo a investigar desde múltiples perspectivas, entre ellas la Atención Comunitaria.

- Desarrollo de las nuevas tecnologías para el acceso y transferencia de la información.

## 2.12 Sobre formación

- Por último, la APS es el lugar donde se forman profesionales (médicos, enfermeras..), y se necesita investigación con fines pedagógicos. ¿sabemos como incorporan el conocimiento a su práctica? ¿es el MIR actual el mejor sistema de formación?, ¿tiene la investigación translacional un papel docente en si misma?
- Detección objetiva y multifactorial de necesidades de formación que tengan en cuenta la complejidad del tema.
- Evaluación de estrategias de planes individualizados de formación .
- Evaluación de estrategias de implantación y desarrollo de actividades de formación intraequipos de AP realizadas por los propios profesionales.

### 3. ¿Cómo desarrollar esas líneas? Estrategias de investigación. Metodologías. Estrategias de organización. Estrategias de convergencia/alineamiento de los distintos actores que participan en la investigación (administración central, administración autonómica, profesionales, población, sociedades científicas, sector privado, industria farmacéutica...)

- Development of combined Family Medicine PhD-Residency programs, like in the Netherlands. This is quite a new thing there, whereby residents have protected time (2-3 days a week entirely dedicated to research activities), even though at the cost of a higher length of their residency. However, this dynamic is easier in a country like The Netherlands, where the residency training programs are connected and are responsibility of the academic environment. This also makes it more likely that residents are trained by academically inclined family physicians, since this does not happen everywhere. In Portugal, more academically inclined residents receive little support and stimulus, which in a way is a pity because these residents are not making use, or no one is making use, of their potential.

- Participation in transnational European research projects is a way to "pull up" countries with low research capacity and make the learn with countries with a high research capacity. Foster internationalisation of family medicine research, at least in Europe. Family Medicine residents from low research capacity countries like Portugal would benefit from receiving support to attend courses in Europe, at EGPRN meetings. It is important nowadays to network and gain exposure to a European environment at least (with a higher threshold of demand and a higher level , and that's particularly pertinent in countries like Portugal, who can't afford to be isolated from transnational networks like EGPRN or NAPCRG, and must be very active within these organizations to gain respect and influence. This is a very complicated, tricky issue in countries with low research capacity, like Portugal. We would require to have residency programs connected in terms of training to family medicine departments in universities, which is not the case.

Is it possible to develop cutting edge research in family medicine all over Europe? It would be desirable if during residency, all residents could choose to undergo one serious research project (rather than dispersing in several low quality projects just for the sake of the size of the CV) that would make a significant contribution to their national or continental (Europe) reality, and that would culminate with a publication in a good journal.

- Una línea provocadora: Las estrategias de investigación tienen que ir ligadas a objetivos de salud y a estrategias transformadoras. Muchas redes de investigación por muchas redes que sean no van ligadas a políticas públicas o a objetivos de salud, corren paralelas o incluso en sentidos totalmente diferentes. Proponer una moratoria de investigación. No más investigación. Transformar el sistema con lo que ya tenemos.

- Metodológicamente: Estrategias de investigación combinando lo cuantitativo y lo cualitativo y superando la MBE de primera generación hacia metodologías que integren lo cuanti y lo cuali (Turabian ya hablaba de eso en el 2003 en ese artículo, los australianos publicaban algo en el 2000 y NICE gradúa evidencias torpe, pero inicialmente con algo así). Y lo más importante es integrar cuanti-cuali en estrategias de Investigación-Acción-Participación. Priorizar líneas de investigación que lleven aparejadas participación de profesionales y de comunidad y que vayan ligadas a intervenciones de cambio no solo a papel, estantería o cajón.

- No obsesionarse con las becas FIS y los grupos de investigación con presupuesto y becarios-secretarios. Gran parte de la investigación que queda por hacer se puede realizar con las manos, la palabra y una hoja de cálculo.

- Sigue siendo prioritario que la medicina de familia, la atención primaria y los valores de nuestro trabajo se trabajen desde los estudios de grado. En Extremadura se está ideando una

fórmula que me parece acertada (creo que también lo hay ya funcionando en Catalunya, y al igual puede ser que en otras comunidades): crear un consorcio de formación continuada, creado a iniciativa de la consejería (dirección general de gestión del conocimiento), y en la que entrarían colegios, sociedades, empresas, asociaciones, etc. Este mismo modelo aplicado a la investigación podría ser útil, pero sin embargo tiene el riesgo de crear estructuras cuyo target sea el investigador de élite y los grupos consolidados, para aumentar la competitividad. Eso está pasando desde hace un tiempo. Está bien implementar estrategias que fomenten la competitividad y la transferencia en el conocimiento al tejido productivo, pero es que esa investigación no sé si es la que interesa a la AP. Hay que combinar, en esto como en miles de cosas, estrategias dirigidas al que está en la cumbre con otras que vayan a incentivar y promover la investigación del día a día entre profesionales pegados a la realidad y que no son investigadores de élite. El papel catalizador de las sociedades científicas en esto me parece fundamental.

- Sin perjuicio de que cada cual investigue lo que le parezca oportuno dentro de sus posibilidades e intereses, se me ocurre que en primer lugar podría estar bien establecer entre todos unas líneas básicas de investigación comunes, consensuadas (al menos a nivel autonómico, más allá en estos momentos, aunque deseable, no parece muy realista), y una vez establecidas plantear para cada una de ellas distintos estudios que afectarían a distintos ámbitos y aspectos, de tal manera que todos ellos se complementarían. De esta forma todos trabajarían (investigarían) en unos mismos temas y quizá pudiesen obtenerse resultados prácticos. Lo que no veo tan claro es quienes serían los encargados de realizar los distintos estudios, pero la administración pública podría crear un grupo voluntario de "profesionales investigadores", al modo de las redes centinela de vigilancia epidemiológica, abierto a todos, y con unas condiciones adecuadas y favorecedoras para realizar esta tarea.

Probablemente todo esto sea "soñar con los angelitos" pero si no soñamos ¿qué nos queda?

- Tengo mis dudas de que las iniciativas que van de arriba hacia abajo vayan a dar mejores frutos que los que tenemos. La voluntad de investigar duradera debe surgir de los propios profesionales. Las líneas de trabajo elegidas desde arriba atraerán fundamentalmente a los que ven en la investigación sólo una manera de engordar curriculum.

- La investigación individual da escasos frutos o resultados válidos y aplicables, y consume igualmente mucho tiempo y esfuerzo. Pienso que lo ideal sería establecer líneas de trabajo comunes, sumar los esfuerzos individuales, avanzar en el camino de redes y fomentar eso de la "investigación-acción-participación" para que todos los resultados de la investigación tengan repercusión directa en la población. Así, además de sumar esfuerzos, potenciaría la consolidación de grupos noveles o emergentes y facilitaría la continuidad en el estudio de líneas de trabajo constantes (como pasa en la universidad, por ejemplo).

Para ello sería necesario dotar de una estabilidad mínima a los equipos, recientemente en la Comunidad de Castilla y León están desarrollando un modelo (en colaboración con el instituto Carlos III) que parece intentar asegurar esa continuidad. Son becas para profesionales, adscritas a las gerencias de salud y ubicadas en ellas, de dos tipos: unas permiten una liberación a tiempo completo durante un tiempo determinado para coordinar la investigación con los equipos de AP; la segunda opción se trata de una liberación a tiempo parcial, los profesionales comparten su tiempo entre el trabajo en el centro de salud y la investigación junto con el equipo y los profesionales liberados. Para cada gerencia habría cuatro personas (dos a tiempo completo y dos a tiempo parcial) dedicados a la investigación en AP. Estas becas han salido recientemente (hace un par de meses), por lo que desconozco el resultado de este modelo.

- Dentro de los equipos es fundamental que la investigación tenga un tiempo y un espacio en la agendas para que se pueda convertir en una actividad habitual...en otros países ya lo hacen, no entienden que no se dedique parte de tu tiempo de trabajo al estudio, a revisión de guías de práctica clínica, a la investigación...como todo, lo que se deja a merced del voluntarismo no tiene continuidad.

- También sería importante desarrollar y potenciar recursos que actualmente ya existen, como son los técnicos de salud y la Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB).

- Como metodología para evaluación de programas de salud propondría la evaluación participativa (4º generación).

- Descentralizar tanto la gestión como la formación e investigación.

- Comunicar objetivos claros y asumibles.

- Comunicación electrónica y nuevas tecnologías de la información, grupos de trabajo, foros en Internet.

- Las tecnologías de la información, sobre todo internet, pueden ser la base de cambios muy significativos en la forma de investigar y de desarrollar la labor asistencial. Por ahora sólo usamos una pequeña parte del potencial de estas herramientas sobre estructuras de trabajo desarrolladas en el siglo XX. La Web 2.0 nos puede dar algunas pistas de lo que se puede hacer cuando dominemos mejor el trabajo en red.

La propia estructura jerárquica impone una serie de barreras innecesarias entre la cúspide del Sistema de Salud y los trabajadores "de a pie" o la comunidad. Habría que tender a lo que algunos denominan el "lugar de trabajo Wiki" Don Tapscott, Anthony D Williams. Wikinomics: la nueva economía de las multitudes inteligentes. Paidós Ibérica, S.A. 2007, en el cual sea más fácil que las ideas fluyan tanto en sentido horizontal como vertical. Si estos planteamientos funcionan en el mundo de la empresa, tendrían que funcionar todavía mejor en nuestro sistema de salud, donde la proporción de profesionales altamente cualificados es muy alta (incluyendo al ñapas de la consulta de al lado). Sin embargo, se gastan ingentes cantidades de dinero en sistemas de informatización de la historia clínica y se olvidan de desarrollar sistemas de comunicación más eficientes entre los distintos niveles (asistenciales, de gestión y de planificación). Menos mal que nos queda Google, Facebook, etc.

- Fomentar los espacios de intercambio entre profesionales de los equipos de salud y de éstos con otros agentes no sanitarios.

- Aprovechar los espacios y recursos de la universidad para profundizar e investigar cuestiones que afectan a la atención primaria.

- Ejemplo de método de investigación por explotar: meta-análisis prospectivos Utilizados (poco) para enfermedades raras o procesos en los que es difícil hacer estudios reuniendo a muchos pacientes. En oncología pediátrica se usan para evaluar protocolos de tratamiento. Primero se diseña un protocolo de estudio con unos requisitos básicos, de manera que los ensayos clínicos que los sigan podrán en el futuro ser combinados en un meta-análisis sin los problemas de diferencias de diseño entre estudios que hay cuando se hacen meta-análisis retrospectivos como es norma habitual. Este planteamiento podría adaptarse a Atención Primaria, creando protocolos de estudio (no necesariamente ensayos clínicos de tratamiento) que pudieran ser asumidos por profesionales individuales de distintos sitios y cuyos resultados se fueran sumando progresivamente.

- Algunas herramientas que podrían ser útiles. *Sistemas de gestión de estudios de investigación basados en la web*. Del mismo modo que disponemos de sistemas de gestión de contenidos para creación de páginas web o blogs (Wordpress, Drupal, Joomla!, etc.), Wikis (Mediawiki) o formación a distancia (Moodle, Sakai, TED), todos ellos software libre fácilmente disponibles con mínima inversión, haría falta una plataforma de ese estilo diseñada para gestionar estudios de investigación, que permitiera crear una base de datos utilizable a través de la web para coordinar múltiples investigadores a la vez. Financiar un proyecto de este tipo sería una buena inversión por parte, p.ej. del I.S. Carlos III. Permitiría estudios a gran escala y a bajo coste (y a menor coste, mayor independencia de la industria).

- *Epidemiología a través de las personas*: [Google Flue Trends](#), o cómo detectar aumento de incidencia de gripe según lo que la gente busca en Google.

- Sistemas de Información Geográfica. *Geolocalización*. Si la información de los diversos entes públicos (salud, educación, servicios sociales, etc.) fuera aplicada a mapas abiertos y públicos (no información personal, sino agregada de alguna manera) tendríamos un conocimiento más global y rápido de nuestro entorno, y de posibles necesidades de nuestra zona de salud. Claro que también hay que salir a la calle y patearse la ciudad.

- *Explotación de datos*. Sirve de poco recoger ingentes cantidades de datos clínicos o epidemiológicos si luego no están accesibles para sacarles partido. Ese tipo de datos deben ser públicos y seguir algún tipo de estandarización que facilite su uso. Así es más fácil que a alguien se le ocurra alguna manera distinta de analizarlos o combinarlos.

#### Un ejemplo (incipiente) de investigación-actuación

En Avilés el Hospital San Agustín colabora con el [Colegio Público Villalegre](#) en el proyecto *Tú decides tu salud: ¡ponte a vivir!*, que recibió uno de los [premios Estrategia NAOS](#) del año pasado. Comenzó como una colaboración con una de las profesoras para asesorar en actividades de educación para la salud. Luego se desarrolló un proyecto (con el liderazgo por parte del colegio) de talleres con los niños y los padres sobre alimentación saludable y promoción de la actividad física a lo largo del curso. Desde el hospital se planteó hacer un estudio comparando la evolución tras 1 año (sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular) de los niños de este colegio con otro colegio en el que no se hacía ninguna intervención específica. Aunque todavía no están todos los resultados finales, la intervención consiguió mejorar algunos hábitos (sobre todo respecto a la dieta) pero muy poco otros (sedentarismo) y los beneficios en cuanto a mejora del índice de masa corporal fueron bastante modestos respecto al colegio control. Estudios publicados en otros países también concuerdan con que la disminución del sedentarismo representa un papel más importante en la prevención de la obesidad. Probablemente ahora procedería un enfoque más cualitativo y comunitario, intentando averiguar cuáles son los condicionantes de ese sedentarismo (¿pocas actividades de aire libre? ¿trabajo fuera de casa de ambos progenitores en caso de que los haya? ¿uso de medios de transporte mecanizados para ir al colegio?) para plantear posibles remedios (¿trabajos a tiempo parcial? ¿promoción de juegos tradicionales al aire libre?,...). También tendríamos que involucrar al centro de salud de la zona, ayuntamiento, etc.

Pero este tipo de proyectos también requieren una continuidad a lo largo del tiempo, para conseguir la complicidad de todos los implicados, algo difícil al menos en el SESPA, donde no se promueve precisamente la posibilidad de estabilizarse en una plaza hasta poco antes de la jubilación...

-Relación con otros actores de la investigación: Espinosa. En una editorial de Isabel Fernández en Medicina Clínica en el 2005 aporta algo sobre esto en relación con la industria ("coparticipación en el planteamiento de preguntas de interés para todos"), con la universidad ("asimismo el doctorado es una buena oportunidad de contacto con la investigación para los profesionales..."), aunque poniéndonos cáusticos también las casas del latrocinio para el contacto con el sexo, pero quizás no sea lo más recomendable...) y con algunas agencias financiadoras.

- Estoy absolutamente de acuerdo en que sería interesante trabajar con investigación-acción-participativa, como metodología de investigación en AP.

- En mi opinión es fundamental aunar esfuerzos entre profesionales asistenciales y no asistenciales, para conseguir investigar con calidad. ¿Cómo hacerlo? De forma grosera, estableciendo redes, y para ello una forma estupenda es por ejemplo a través de plataformas de este tipo que te permite conocer quién y qué es lo que están haciendo en sitios diferentes al nuestro. A partir de ahí, establecer propuestas concretas.

- Facilitar la participación de otros organismos (municipales, estatales) para desarrollar actividades que corresponden al ámbito de atención primaria pero que por la falta de recursos o de organización son deficitarias, por ejemplo, actividades de prevención y promoción y de investigación.

- Naturalmente para avanzar en investigación en AP se necesita de la complicidad de todos, pero cada uno en su papel. Investigar pasa por tener más recursos, más recursos para crear unidades de soporte específicas, más recursos para que los médicos de atención primaria puedan dedicar tiempo a la investigación, más recursos en formación. También más recursos para disponer del ambiente adecuado para poder trabajar en condiciones buenas de medios, de silencio, de soporte en las tareas que se puedan compartir, etc. Las estrategias de colaboración con la universidad sobretodo se tendrían que explorar más, también con el sector privado incluido la industria farmacéutica. Pero todo ello, sino disponemos de equipos de profesionales competentes dentro de la propia atención primaria, no sirve para mucho, pues al contrario estos potenciales colaboradores también tienen sus intereses.

Aunque no creo que el objetivo sea tener unidades de investigación potentes en la AP en todas partes, y además es necesario trabajar en red, me da la impresión que estamos poco organizados para poder integrar todos los efectivos (de cualquier naturaleza) necesarios para avanzar en la investigación de excelencia en AP.

Los modelos y estrategias pueden ser muchos y diferentes según los diferentes territorios y las posibles alianzas colaborativas. Pero para llegar a un modelo es necesario definir prioridades y hacer un inventario de lo que se dispone, ordenar recursos disponibles, trabajar en red, y eso sí profesionalizar este trabajo con personas (directores, coordinadores, jefes) capaces de aunar los intereses, potencialidades y necesidades de investigación

-La metodología y el desarrollo de "Estudios Cardiovasculares de Población Total" necesitan la estrecha colaboración de equipos de Atención Primaria, epidemiólogos, estadísticos, informáticos, especialistas en gestión sanitaria, especialistas en salud pública y políticos. Dichos estudios deben tener un énfasis principal en la prevención de las ECV. Los determinantes biológicos de la ECV son ya bien conocido de todos siendo la prevención (mediante intervenciones a diferentes niveles de nuestra sociedad) el gran reto actual de las ECV. Mediante una modesta inversión, España podría establecer un modelo de sistema de monitorización y estudio de la ECV de alta calidad y que sirva de base informativa al esfuerzo de prevención de las ECV que son prevenibles. España podría ofrecer una herramienta de salud pública a otros países más pobres que están hoy en día sufriendo el aumento de la carga de las ECV (MF)

- ¿Como articular la investigación en AP?, ¿Estrategias?. Creo que debemos partir de lo que ha funcionado previamente y de lo que funciona en países de nuestro entorno, con un enfoque en diferentes líneas que busquen la confluencia.

- Básico, capacitar durante los periodos de aprendizaje tanto en el pregrado, como en el postgrado. La realización de formación en investigación y proyectos de investigación durante la residencia de MFyC puede generar inquietud sobre este aspecto y una base de capacitación. A partir de ahí, cada un@ desarrollará en mayor o menor medida estas necesidades.

- Existencia de dificultades reales que hay en los equipos de cubrir a los compañeros que desempeñan labores docentes, comunitarias, de investigación por la falta de profesionales, de manera que esto contribuye a que muchas de la investigación se desarrollen fuera del horario laboral o bien no se lleven a cabo

- Inclusión de áreas de formación sobre AP en la universidad. En países como Holanda con estructuras vinculadas a la Universidad se ha producido un fortalecimiento de la investigación en AP.

- Potenciación de formulas multidisciplinares con un enfoque global del problema a estudiar.  
- Potenciación de la investigación en red que facilite el desarrollo de estudios, la capacitación y la colaboración incorporando profesionales con interés e investigadores emergentes (En Reino Unido y EEUU los PBRN han mejorado el nivel de investigación en AP, también cuentan con dotación presupuestaria, importante aspecto!)

- Facilitación de estructuras próximas a la AP que dinamicen y den apoyo metodológico.
- Capacitación de profesionales.
- Sumar fuerzas en planteamientos sólidos a la administración autonómica y central, que cumplan con el objetivo de desarrollar la investigación en AP: SSCC, Colegios profesionales, grupos de investigación consolidados...
- Políticas de intensificación de profesionales: es complicado sacar un espacio en el día a día. Las estrategias de intensificación ya implantadas en algunas CCAA facilitan y apoyan la investigación.
- Sinergias con las políticas en investigación nacionales, actualmente centradas en la creación de Institutos de Investigación. Facilitación de la colaboración en este tipo de fórmulas, de forma co-participada.
- Fomento de convocatorias finalistas a problemas de salud relevantes que deban ser resueltos en el ámbito de la AP.

#### 4. Documentación de referencia:

Martín Zurro A. Organización de las actividades en Atención Primaria. En Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999. pp 42-43.

[La investigación irrelevante o la investigación como deporte: un pareja explosiva](#) . Turabian Fernández JL, Perez Franco B. Tribuna Docente. 2003. Volumen 3.38-51.

The European General Practice Research Network: [www.egprn.org](http://www.egprn.org)

Ciclo de Conferências " Investigaçãõ nos Cuidados de Saúde Primários", Universidade do Minho, Braga, Portugal, 25 de Abril de 2009:  
[http://www.fundacaoastrazeneca.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=34&Itemid=7](http://www.fundacaoastrazeneca.org/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=7)

G. Rolfe. Playing at research:methodological pluralism and the creative researcher. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 1995,2.105-109

Sussman S.et al. Translation in the Health Professions: Converting Science into Action. Eval Health Prof 2006;29;7.

Exploring the impact of primary health care research.Final Report Stage 2 Primary Health Care Research Impact project - PHC RIS Research team Libby Kalucy, Eleanor Jackson Bowers, Ellen McIntyre, Ann-Louise Hordacre, Richard Reed, Australia: Primary Health Care Research & Information Service - February 2009 Available online as PDF file [54p.] at: [http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded\\_files/publications/pdfs/phcris\\_pub\\_8108.pdf](http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/phcris_pub_8108.pdf)

Campbell, E. G. The future of research funding in Academic Medicine. NEJM. 9 April 2009

Publish or perish: evaluation of a writing week.  
<http://www.racgp.org.au/afp/200904/200904temple-smith.pdf> (accessed 9 April 2009)

Don Tapscott, Anthony D Williams. Wikinomics: la nueva economía de las multitudes inteligentes. Paidós Ibérica, S.A. 2007.

Gilmartin Matia J. Creativity: the fuel of innovation. Nurse Admin Q 1999, 23(2):1-8.

[Richard A. Young, MD; Mark J. DeHaven, PhD; Cindy Passmore, MA;Joane G. Baumer, MD; Karen V. Smith, MD. Research Funding and Mentoring in Family Medicine Residencies. Fam Med 2007; 39:410-812. Smith R \(2005\) Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. PLoS Med 2\(5\): e138. doi:10.1371/journal.pmed.00201381](#)

Vásquez Rocca A. La epistemología de Feyerabend. *Esquema de una teoría anarquista del conocimiento. ALEPH ZERO 43. Enero-Marzo 2007. Disponible en:*  
<http://hosting.udlap.mx/profesores/miguella.mendez/alephzero/archivo/historico/az43/rocca43.html>

Fernández Isabel. Investigación en Atención Primaria. Med Clin (Barc) 2005; 124(2):57-60.  
Starfield B. Necesidades de investigación en Atención Primaria. En: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud,servicios y tecnología. Barcelona: Masson,2001. pp 425-447.

Fernández Isabel. [¿Investigación en Atención Primaria?](#) . Aten Primaria 2003;31(5):281-4 281

Berwick M. Donald. Disseminating innovations in Health Care. JAMA 2003; 289 (15): 1969-1975.

[Richard A. Young, MD; Mark J. DeHaven, PhD; Cindy Passmore, MA; Joane G. Baumer, MD; Karen V. Smith, MD](#) Research Funding and Mentoring in Family Medicine Residencies. Fam Med 2007; 39:410-8

[Proyectos de trabajo desarrollados desde la Red de Investigación en Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud \(RedIAPP\).](#)

Bernal Delgado E. ¿Cómo mejorar la efectividad (calidad) reduciendo la brecha de la investigación a la acción? Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22 (Supl 1):20-6.ost

Pronovost P. Berenholtz S. Needham D. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. BMJ 2008; 337: 963-965.

Dearing W. J. Evolution of Diffusion and Dissemination Theory. J Public Health Management Practice 2008, 14 (2), 99-108