

INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA: DOS RUEDAS SIN EJE DE TRANSMISIÓN.

Sergio Minué.

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria..

Profesor y Director del Área de Práctica Asistencial.

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Granada

La valoración del impacto de la investigación en la gestión y la política, en el ámbito de la Atención Primaria (AP), obliga a delimitar el terreno para no perderse más de la cuenta: se necesitaría concretar de qué tipo de investigación se habla, que ámbito se analiza (gestión o política son términos tan amplios como ambiguos), e incluso que se entiende por impacto.

Por ejemplo, además de la diferencia entre *resultados* (efectos a medio plazo), e *impacto* (el efecto último, a largo plazo), algunos autores¹ distinguen también los *impactos instrumentales* (donde existe una clara conexión entre un estudio particular y un resultado específico) de los *impactos conceptuales*, menos tangibles, que aumentan el conocimiento e informan decisiones, pero sin vínculos directos con la investigación. El primer tipo es más habitual en la práctica clínica. El último, en la investigación de servicios.

Se entiende por investigación de servicios de salud la que estudia la estructura, organización, funcionamiento y efecto de los servicios sanitarios, y la forma en que esa información es utilizada por dichos servicios². Averiguar su impacto es tarea complicada: según Kalucy,³, el impacto de la investigación en servicios es impredecible, dependiendo de la naturaleza de los hallazgos, la credibilidad de los investigadores, la congruencia de los hallazgos con la práctica dominante y el clima político y económico.

A pesar de estas limitaciones, la investigación sobre servicios no es un asunto menor: una de las razones que parecen influir de forma más relevante en la mejora de la prestación sanitaria en determinadas organizaciones, algunas tomadas como modelo (The Veterans' Affairs Healthcare System, Kaiser Permanente), es la cuantiosa inversión en investigación sobre sus servicios que realizan (alrededor de 50 y 80 millones de dólares en 2003).⁴

Una información precaria.

La investigación relativa a las políticas o instrumentos de gestión implantados en AP es difícil de identificar, obtener y sintetizar, tanto por la dispersión de términos de búsqueda, la falta de precisión y homogeneidad de los mismos (por ejemplo, historia clínica electrónica se indexa en las revistas españolas indistintamente como “*information system, clinical history, o electronic health records,...*”), como por la gran diversidad de fuentes de información que pueden existir al respecto. Muchas de ellas son de acceso difícil o imposible: en muchas ocasiones, reformas o instrumentos implantados en las diferentes administraciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), o no han sido evaluadas, o las evaluaciones no son accesibles.

La investigación en Atención Primaria en España se ha caracterizado por una financiación tan exigua como decreciente⁵., una visibilidad escasa⁶ (aún menor en revistas internacionales), y un bajo impacto de los trabajos.

El impacto que dicha investigación ha podido tener en la política y gestión inevitablemente está condicionado por este contexto. Y puesto que una parte significativa de esta información no sigue las normas habituales de la investigación científica, puede deducirse la calidad y fiabilidad de buena parte de la información existente relativa a la gestión sanitaria en AP.

La bibliografía revisada al respecto (en especial el trabajo de de Lorenzo et al⁷), complementado con una revisión manual de los trabajos publicados en las revistas españolas en que más habitualmente se publican trabajos de este tipo (Atención Primaria, Medicina Clínica, Gaceta Sanitaria, Revista Española de Salud Pública, Revista de Administración Sanitaria), en los últimos cuatro años, permite apuntar ciertas tendencias generales:

- la investigación sobre instrumentos e innovaciones en gestión en AP es muy heterogénea, con escasez de estudios experimentales y abundancia de estudios de revisión y opiniones de expertos.
- Paradójicamente, es realizada principalmente por los propios médicos asistenciales, con un discreto peso del entorno académico, y una participación excepcional de las estructuras responsables de la gestión de las instituciones sanitarias.
- Existe un predominio muy mayoritario de alguna comunidad autónoma (Cataluña) en esta materia.

En definitiva, mientras una amplia constelación de investigadores, generalmente procedentes del ámbito asistencial, realizan estudios de investigación sobre servicios, con o sin financiación de las agencias de investigación, en función de sus propios intereses individuales, la administración sanitaria, impulsora de las múltiples innovaciones desarrolladas en nuestro país en las últimas décadas, apenas realiza investigación sobre las mismas. Y en las escasas ocasiones en que se realizan informes sobre innovaciones implantadas pertenecen más al terreno de la propaganda (a favor o en contra según la situación política) que al de la ciencia.

Dos culturas distintas

La experiencia sobre la propia práctica profesional, la influencia de los pares, y la generación de conocimiento a través de estudios científicos han sido tradicionalmente las fuentes predominantes de información para la introducción de innovaciones en la práctica⁸. La difusión de los resultados de ensayos clínicos randomizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis, se convirtieron en el *patrón oro* de la mano de la aparición del movimiento de Medicina Basada en la Evidencia⁹ en la década de los noventa. Una de sus mayores limitaciones ha sido la dificultad de atravesar el abismo que separa el conocimiento, de su aplicación práctica (el conocido problema de la implantación¹⁰). Aún así ha sido creciente la presión sobre los médicos para basar sus decisiones en la “mejor evidencia científica disponible”, aunque ésta fuera discutible y variable a lo largo del tiempo. Las administraciones sanitarias han utilizado este instrumento como inspirador de muchas de sus estrategias, tanto en intentos destinados a disminuir la variabilidad de la práctica, como para racionalar el uso de recursos. Sin embargo un paradigma similar aplicable al ámbito de la gestión sanitaria (la llamada Asistencia Sanitaria basada en la Evidencia¹¹) no ha dejado nunca de ser un planteamiento esencialmente teórico.

A diferencia de los médicos, los gestores emplean como principales referencias para el desarrollo de innovaciones y la toma de sus decisiones, las directrices emanadas desde el poder político. Además de la falta de profesionalización de los gestores españoles (a diferencia de otros países similares al nuestro), con las consiguientes dificultades a la hora de mantener un criterio propio, existe una cultura de cierta “sospecha” entre los políticos respecto a hipotéticos

planteamientos tecnocráticos en el desarrollo de las políticas. La idea de separación entre el “*Qué hay que hacer*” ,como competencia del político, y del “*como hay que hacerlo*” ,como campo de actuación del gestor, rara vez tiene aplicación real.

La conjunción de la ausencia de gestores profesionales con la ausencia del liderazgo clínico o el prestigio profesional como valores fundamentales en el perfil directivo, tal vez haya influido en la generación de una cultura profesional (la de los gestores), alejada de la dominante entre los clínicos. En ese sentido, los modelos de referencia conceptual de aquellos han estado más cercanos los modelos procedentes de empresas de servicios, generalmente privadas, que a la práctica clínica. En otras palabras, en caso de leer algo, un gestor prefiere generalmente, las páginas salmón de los periódicos, o el Harvard Business Review, al New England. Y de la misma forma, selecciona para su formación un MBA en una escuela de negocios antes que en una Universidad

Algunas limitaciones de la investigación en gestión

Gran parte de las innovaciones introducidas en gestión sanitaria en AP (carteras de servicios, medición de producto, gestión de la calidad total, acreditación, gestión por procesos, orientación al cliente) proceden del ámbito empresarial. El conocimiento que soporta este ámbito es endeble metodológicamente. Los factores que determinan el éxito o fracaso en las empresas no son fáciles de identificar (la crisis actual es buen ejemplo de ello), recurriéndose a menudo a interpretaciones simplistas, cuando no a meras historias (por poner un ejemplo, “*¿Quién se ha llevado mi queso*”¹² es considerado uno de los libros de referencia en la última década en el mundo de la empresa).

Rosenzweig¹³ identifica entre los errores más frecuentes en los estudios sobre la gestión empresarial, los siguientes:

- la confusión entre correlación y causalidad a la hora de medir los efectos de ciertos factores en los resultados (satisfacción de profesionales, liderazgo,..).
- la “explicación única” (“*el éxito se debió a una estrategia adecuada*”) cuando los factores que determinan el desempeño organizativo están interrelacionados entre sí.

- Las variables independientes no se miden de forma independiente.
- La calidad de los datos analizados a menudo no está demostrada.
- El rendimiento de una empresa es relativo no absoluto y varía a lo largo del tiempo.

Todo ello hace que los fundamentos en que se basan muchas de las estrategias introducidas en los sistemas sanitarios en los últimos años no se admitirían en propuesta de intervenciones clínicas por su falta de pruebas¹⁴, En cualquier caso, la investigación en servicios rigurosa es compleja. Demostrar la validez de las investigaciones en este ámbito no es sencillo, entre otras razones porque los impactos no son fácilmente cuantificables, existe un periodo de tiempo muy variable entre la realización de la investigación y el momento en que aparecen los resultados, además de que es difícil atribuir éstos a una sola intervención y no a la acumulación de conocimiento procedente de múltiples fuentes¹⁵.

Relación entre la investigación realizada y las reformas acometidas

El hecho de que la investigación en gestión sea errática y poco estructurada quedando a criterio de los propios investigadores: determina el aceptable avance en ciertas esferas del conocimiento y la ausencia en otras. Por su parte las administraciones rara vez utilizan el conocimiento existente para la generación de sus estrategias. En la mayor parte de los casos se diseñan éstas en función de la *dependencia de senda* previa, de su aplicación en sistemas sanitarios afines (que no de la demostración de su éxito), o de la creatividad de los responsables políticos en un momento determinado, en el que (como se ha comentado) la influencia de las innovaciones empresariales es una referencia importante.

Algunas posibles recomendaciones.

Mientras continúe sin existir coordinación entre la investigación en servicios y la gestión de los mismos continuará predominando el panorama descrito. La revisión de la literatura señala la necesidad de establecer alianzas firmes entre decisores e investigadores (2,3,4,15,18), que puede desarrollarse de formas diversas:

- La función de la investigación no debería estar separada de la gestión. El impacto parece ser mayor cuando la investigación es congruente con las prioridades políticas y asistenciales, y cuando encuentra su forma de aplicación en la realidad a través de instrumentos de gestión (4).
- Debería reforzarse la infraestructura para realizar investigación sobre servicios en AP, estableciendo alianzas formales entre investigadores, organizaciones sanitarias y centros académicos (2).
- Al margen de la necesidad de revertir la tendencia alarmante descrita por García Olmos en materia de financiación de proyectos en el ámbito de la AP, se debería destinar fondos específicos para investigación sobre servicios en las propias organizaciones, garantizando que lo que se realiza es verdadera investigación y no propaganda.
- Establecer una agenda de investigación en servicios de forma interactiva entre investigadores y usuarios (gestores y clínicos), en que se tenga en cuenta de forma significativa las necesidades de la propia organización (2,4), permitiendo a la vez la realización de investigación en áreas no exploradas previamente. Existen recomendaciones interesantes de agenda que sugieren investigar en áreas a las que se ha prestado escasa atención hasta la fecha¹⁶

La necesidad de establecer vinculación e intercambio¹⁷ entre investigadores y responsables de la toma de decisiones, implicando a éstos últimos en cada una de las etapas del proceso de investigación, asegurando que ésta responde a sus necesidades y que existe un compromiso a utilizarla por parte de los gestores. Esta función de *vinculación e intercambio* parece ser buen predictor de cuando y como la investigación se utiliza¹⁸, y no solo es una obligación de los investigadores, sino también de clínicos y gestores.

- La importancia de crear redes y reforzar las relaciones sociales (3). de cara al desarrollo y construcción del conocimiento. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria serían buena muestra de ello.
- La aceptación de la importancia de las ideas¹⁹, en el sentido de que éstas influyen en las políticas en mayor medida que las pruebas científicas, siendo especialmente utilizadas aquellas que responden y son desarrolladas por los grupos de influencia²⁰.

- La creación de comunidades de práctica, basado en el aprendizaje a través de la interacción, en áreas de interés común (3).
- La promoción de forma sistemática de estrategias explícitas de implantación de las innovaciones organizativas, analizando las razones de éxito y fracaso.
- Convertir a la evaluación de las iniciativas organizativas un requisito obligado (2)
- Con el fin de integrar todos estos aspectos se han ido definiendo diferentes Marcos destinados a la evaluación de la investigación²¹, y de su transferencia a los responsables de la toma de decisiones²², en un intento de sistematizar los elementos clave. Como ejemplo, el Payback Framework²³ identifica los siguientes dominios: transferencia de la investigación, producción de conocimiento, capacidad de construcción y absorción (oportunidades de investigaciones futuras, número de doctores), desarrollo de una política de intervenciones informadas, beneficios para el sector sanitario y para la salud, y beneficios económicos²⁴.

La investigación en servicios desarrollada hasta la fecha tiene escaso grado de penetración en el ámbito de la gestión, por su parte ésta utiliza otros tipos de referencias para la implantación de sus intervenciones. Lavis²⁵ diferencia las investigaciones promovidas por los productores (los investigadores), las reclamadas por los usuarios (los decisores) o aquellas en las que ambos colaboran (medidas de intercambio). Dado el retraso que en esta materia existe en el sistema español, antes de establecer ésta última como objetivo deberíamos facilitar que al menos investigadores y gestores tomen contacto. En definitiva, sería interesante establecer un eje de transmisión que articule la rueda de la gestión con la de la investigación.

REFERENCIAS

-
- ¹ Davies H, Nutley S, Walter I. Assessing the impact of social science research: conceptual, methodological and practical issues. Research Unit for Research Utilisation. University of St. Andrews.2005
- ² Advisory Council on Health Research. Health Services Research . the future of health service research in the Netherlands. The Hague:Health Council of the Netherlands, 2008;RGO no.59E
- ³ PHC RIS Research team. Exploring the impact of primary health care research. Australia: Primary Health Care Research & Information Service- February 2009.
- ⁴ Lomas J. Health services research. *BMJ* 2003;327:1301-2.
- ⁵ García Olmos LM. La investigación previa y relevante en Atención primaria en España. Investigación para una mejor clínica, gestión y reforma. Madrid. 2009.
- ⁶ Pujol E, Rodríguez D, Barceló E. Visibilidad de las publicaciones de atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2007;128:795-7
- ⁷ De Lorenzo-Cáceres A, Otero A. Publicaciones sobre evaluación de la Atención primaria en España tras veinte años de reforma (1984-2004). Análisis temático y bibliométrico. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:131-45.
- ⁸ López LA, Jimenez JM, de Luna JD, Solas O, Martinez JI, de Manuel E. Opinions of primary care managers on sources of influence on medical practice. Differences with physicians' opinions. *Gac Sanit* 2002;16:417-24
- ⁹ David L Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it's not. *BMJ* 1996;312:71-2
- ¹⁰ Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice. *Lancet* 2003;361:1225-30
- ¹¹ Muir Gray JA. Evidence based policy making. *BMJ* 2004;329:988-9.
- ¹² Johnson S. ¿Quién se ha llevado mi queso?. Urano ed. Barcelona.2001
- ¹³ Rosenzweig P. The Halo Effect and the eight other business delusions that deceive managers. FreePress, New York. 2007.
- ¹⁴ Shojania KG, Greenshaw JM. Evidence-Based Quality Improvement: the state of the science. *Health Affairs*.2005;24:138-51
- ¹⁵ RAND Europe 2006. Measuring the benefits from research.
- ¹⁶ Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL, Global Health and Primary Care Research. *J Am Board Fam Med*; 2007;20:518-526.
- ¹⁷ Lomas J. Using "Linkage and Exchange" to move research into policy at a Canadian Foundation. *Health Affairs*2000;19:236-40.
- ¹⁸ Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A. Health policy makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2002;7:239-40.
- ¹⁹ Smith K. Health inequalities in Scotland and England: the contrasting journey of ideas from research into policy. *Soc Science Medicine* 2007;64:1438-49
- ²⁰ Stevens A. Survival of the ideas that fit : an evolutionary analogy for the use of evidence in policy. *Social policy and Society* 2007;6:25-35
- ²¹ Brutscher P, Wooding S, Grant J. Health Research Evaluation Framework: an international comparison. Canadian Academy of Health Sciences.2008.
- ²² Lavis JN, Robertson D, Woodside JM, McLeod CB, Abelson J and the Knowledge Transfer Study Group. How can research organizations more effectively transfer research knowledge to decision makers? *Milbank Quarterly* 2003;81:221-248.
- ²³ Hanney S, Grant J, Wooding S, Buxton M. Proposed methods for reviewing the outcomes of health research: the impact of funding by the UK's Arthritis Research Campaign. *Health Research policy and Systems* 2004;2(4)
- ²⁴ Frank C, Nason E. Health research: measuring the social, health and economic benefits. *CMAJ* 2009;3:528-34.
- ²⁵ Lavis J, Ross S, McLeod C, Gildner A. Measuring the impact of health research. *Journal of Health Serv Res Policy* 2003;8:165-70.