

Unidades de investigación y docencia de apoyo a la gestión en atención primaria

V. Pedrera Carbonell^a, V. Gil Guillén^b y D. Orozco Beltrán^a

En la atención clínica, los médicos de atención primaria (AP) durante su jornada laboral tienen que tomar muchas decisiones en muchos pacientes y en todas las etapas del proceso clínico, comenzando por la realización o no de actividades preventivas, proceso diagnóstico, pronóstico, derivaciones a otros niveles asistenciales, tratamiento y seguimiento. Ello supone asumir mucha incertidumbre, fruto de la variabilidad inherente al acto médico¹. Hay un cierto consenso respecto a que el médico del siglo XXI, para mejorar la toma de decisiones clínicas, tendrá que formarse en epidemiología clínica (EC) y en medicina basada en la evidencia (MBE), interpretando y aplicando críticamente sus herramientas básicas, como la informática, la epidemiología y la bioestadística²⁻⁴.

En la gestión sanitaria, los directores de área y gestores de AP tienen que tomar muchas decisiones y necesitan instrumentos válidos y fiables que aporten información objetiva que disminuya el grado de incertidumbre, comenzando por medir la realidad asistencial. Para ello se necesita obtener, de una forma periódica, indicadores válidos y fiables que permitan asignar los recursos de manera más eficiente. Pero, en general, se carece de motivación para aplicar la metodología científica a la toma de decisiones en gestión, lo que se conoce como gestión sanitaria basada en la evidencia⁵.

Existen muy pocas unidades de investigación de apoyo a la gestión que permitan, por un lado, formar a los médicos en EC y MBE y, por otro, apoyar a los gestores a obtener evidencias e información objetiva, con una metodología adecuada sobre la realidad asistencial para facilitar la toma de decisiones.

La docencia de los profesionales de AP muchas veces se hace desde instituciones lejanas al profesional, sin pulsar previamente su opinión, y en forma demasiado academicista, por lo que es necesario ofrecer «otro tipo de docencia» basada más en habilidades que en conocimientos.

La investigación se percibe como algo lejano al médico práctico y que se realiza sobre aspectos que poco tienen que ver con la realidad diaria. La EC y la MBE proponen investigar la práctica clínica con el fin de aportar evidencias a los problemas diarios de la consulta, y que el resultado de la misma tenga una aplicabilidad práctica inmediata para producir el máximo beneficio en los pacientes individuales, lo que se denomina «información para la acción»^{6,7}.

Las unidades docentes de medicina de familia (UD) son una estructura que ha permitido la formación en docencia e investigación a los residentes de medicina de familia y a los centros acreditados para la docencia. Supuso un hito histórico en la formación de los médicos de familia en aspectos como la investigación clínica. Sin embargo, se precisan cambios para adaptarse a la nueva realidad, donde se evidencia un importante número de nuevos centros de salud, muchos de ellos no docentes, que también precisan recibir formación en investigación, EC y MBE. La UD no suele llegar al resto de los profesionales y centros no acreditados. Además, en muchos casos su adscripción provincial impide una cercanía y una disponibilidad de tiempo para actuar a nivel local. En otros, la falta de implicación clínica de los técnicos y/o

LECTURA RÁPIDA

▼ En la gestión sanitaria, los directores de área y gestores de AP tienen que tomar muchas decisiones y necesitan instrumentos válidos y fiables que aporten información objetiva que disminuya el grado de incertidumbre.

▼ En general, se carece de motivación para aplicar la metodología científica a la toma de decisiones en gestión, lo que se conoce como gestión sanitaria basada en la evidencia.

▼ Existen muy pocas unidades de investigación de apoyo a la gestión que permitan apoyar a los gestores a obtener evidencias e información objetiva, con una metodología adecuada sobre la realidad asistencial para facilitar la toma de decisiones.

^aDirección de Atención Primaria, Área 17. Elda (Alicante). España.

^bUnidad Investigación y Docencia, Área 17. Comunidad Valenciana. España.

Correspondencia:
Víctor Pedrera Carbonell.
Dirección de Atención Primaria Área 17.
Avda. de Acacias, 31, 3.^a planta.
03600 Elda (Alicante). España.
Correo electrónico: pedrera_vic@gva.es



LECTURA RÁPIDA

▼ **Posicionamiento de los autores**

La investigación epidemiológica, que se lleva a cabo sobre grupos de población y constituye una ayuda inestimable para la planificación y la gestión de los servicios sanitarios.

▼ Hay que potenciar, con estructuras que dependan de la administración sanitaria, los determinantes que mejoran la práctica clínica.

▼ Tanto la epidemiología clínica como la MBE pretenden mejorar la práctica clínica. La primera, a través de la epidemiología y la bioestadística, quiere cuantificar o minimizar la incertidumbre en la toma de decisiones diagnósticas-terapéuticas; la segunda busca la mejor evidencia científica en esa toma de decisiones.

▼ Hay acuerdo en que la formación continuada de los profesionales y la investigación están directamente relacionadas con la calidad asistencial.

coordinadores también pone de manifiesto que existe poca sintonía con la realidad asistencial. Ya se observan cambios en algunas autonomías, donde las UD son de ámbito más reducido (área de salud) y sus integrantes realizan atención clínica a tiempo parcial. En un reciente editorial de Martín Zurro incluso se propone que «las unidades docentes de MFyC deben desaparecer a corto o medio plazo, y sus funciones docentes y de investigación ser asumidas por los responsables de unos nuevos servicios de atención primaria/medicina de familia de dimensiones variables... que dirigirían las actuaciones asistenciales, docentes y de investigación del conjunto de centros de salud y equipos de su ámbito de influencia»⁸.

Posicionamiento de los autores

La comunidad científica está de acuerdo en que la investigación actúa de puente entre la EC y la MBE, y así su importancia queda reflejada en la Ley General de Sanidad, Título VI, artículo 106⁹, que nos indica que las actividades de investigación tendrían que ser potenciadas en todo el sistema sanitario como elemento fundamental para el progreso del mismo. Se resaltan tres grandes tipos de investigación:

1. La básica, que tiene como objetivo la fisiopatogenia y la etiopatogenia de las enfermedades.
2. La clínica, que estudia al individuo en el ámbito asistencial (síntomas, signos y pruebas complementarias), y representa el soporte de una buena asistencia sanitaria.
3. La epidemiológica, que se lleva a cabo sobre grupos de población y constituye una ayuda inestimable para la planificación y la gestión de los servicios sanitarios.

Hay que potenciar, con estructuras que dependan de la administración sanitaria, los determinantes que mejoran la práctica clínica; según la Escuela Canadiense de EC², éstos son:

- Favorecer la competencia clínica a través de la formación continuada del médico mejorando los conocimientos teóricos y adquiriendo habilidades prácticas.
- Estimular la motivación o la actitud adecuada del clínico para desempeñar correctamente la labor médica.

- Ayudar a resolver las barreras o dificultades que obstaculizan la realización correcta de la labor asistencial.

Tanto la EC como la MBE pretenden mejorar la práctica clínica. La primera, a través de la epidemiología y la bioestadística, quiere cuantificar o minimizar la incertidumbre en la toma de decisiones diagnósticas-terapéuticas^{2,3}; la segunda busca la mejor evidencia científica en esa toma de decisiones⁴. Constituyen el instrumento básico para la búsqueda en nuestro entorno asistencial de guías de práctica clínica que nos ayuden a tomar las mejores decisiones para obtener en nuestros pacientes los mayores beneficios. Asimismo, contribuyen a formar y motivar la práctica investigadora en los médicos de familia, de tal forma que estos clínicos, al mismo tiempo que realizan su labor asistencial, puedan investigar cualquier cuestión relevante de su proceso clínico con protocolos sencillos y en condiciones reales de práctica clínica^{6,7}.

Hay acuerdo en que la formación continuada de los profesionales y la investigación están directamente relacionadas con la calidad asistencial, así como que los objetivos docentes deben combinar las expectativas de las diferentes categorías profesionales con los objetivos que desde la institución sanitaria se priorizan¹⁰. Cada vez se habla más de recertificación de competencia profesional. Actualmente, el común denominador es la tendencia a la universalización de la certificación inicial, en general como un paso independiente y posterior a la formación especializada y al desarrollo, todavía incipiente, de la recertificación; aunque ya hay varios países que la consideran obligatoria para mantener la certificación inicial otorgada por el colegio profesional o la sociedad (*board*) correspondiente¹¹.

Para mejorar el conocimiento de las demandas científico-clínicas de los profesionales se utilizan las informaciones obtenidas mediante encuestas, evaluaciones de cursos previos, sugerencias de los profesionales y conclusiones de las comisiones existentes en el área de salud.

De la confluencia de intereses entre los contratos de gestión, en donde se resalta que tanto la investigación como la docencia son funciones importantes que se deben

favorecer en el sistema sanitario, junto con las expectativas y necesidades percibidas en los distintos estamentos profesionales, surgió hace un año, como experiencia piloto en un área de salud de la Comunidad Valenciana, la creación de una Unidad de Investigación y Docencia en el ámbito de la AP. En ella se elaboran, a través del análisis periódico de la información recopilada por los equipos de salud del área, unos objetivos que pretenden favorecer la formación y apoyar la investigación de todos los profesionales del Área 17 sobre su práctica clínica, potenciando la EC y la MBE.

El personal integrante de la unidad se compone fundamentalmente de médicos y profesionales de enfermería, que tienen una sólida formación en investigación clínica y trabajan en varios centros de salud de nuestra área de referencia. Están liberados parcialmente de su práctica clínica y trabajan en la unidad con una infraestructura adecuada para realizar labores de investigación y docencia. Esta unidad depende directamente de la Dirección de Área de AP. Además, se ha conseguido la integración de otros profesionales del área en las tareas docentes e investigadoras.

La unidad lleva funcionando algo más de un año y en ese período se han iniciado muchos proyectos de investigación clínica de interés para los diferentes estamentos profesionales. En la tabla 1 se presentan los proyectos que se han iniciado en la unidad de investigación y que han sido demandados global o parcialmente por los profesionales sanitarios del área de salud. Tienen como objetivo mejorar la organización de las consultas en los centros de salud y el estudio de algunas etapas del proceso clínico. En la tabla 2 se describen las actividades docentes demandadas a la unidad para poder desarrollar la EC y la MBE.

Una línea de investigación prioritaria, clínica-epidemiológica, de ayuda a la gestión es la que tiene como objetivo conocer la demanda asistencial en nuestros centros de salud para apoyar mejor la gestión y la planificación de recursos en nuestra área de salud. A dicha investigación se la ha denominado Estudio SyN-PC, por querer conocer las «situaciones y necesidades de la práctica clínica en atención primaria». Este proyecto partió del hecho de que los sistemas de información para conocer la

demandas sanitarias se fundamentan en fuentes secundarias (la más utilizada es la historia clínica), asumiendo en teoría un importante sesgo de infraregistro (se hace más de lo que se registra). El objetivo del SyN-PC es mejorar la calidad de la información sanitaria en todo lo que se refiere a su demanda en nuestra área de salud, minimizando al máximo ese sesgo de medición; para ello, se priorizó por parte de la Dirección de Área el conocimiento de estos índices de la realidad asistencial con fuentes primarias, es decir, otro entrevistador médico recogía estos indicadores al mismo tiempo que se desarrollaba la labor asistencial. También hay otras experiencias muy interesantes llevadas a cabo con nuevos enfoques, como la utilización de fuentes de información diversas, incluyendo las metodologías cualitativas¹⁰.

Los resultados del estudio SyN-PC, ya ultimados respecto a la medicina de familia, apoyan la importancia de realizar estos estudios en AP para planificar y gestionar mejor la organización funcional de los equipos de AP (EAP), con indicadores más fiables que tengan como objetivo mejorar la calidad asistencial¹².

Cuando los datos obtenidos del estudio SyN-PC fueron analizados por los coordinadores de los EAP, el acuerdo fue unánime, ya que todos esperaban una menor magnitud de los problemas encontrados con respecto al exceso de la actividad burocrática, el pobre porcentaje obtenido en la integración de las actividades preventivas en la consulta a demanda, la necesidad de utilizar más la historia clínica, el elevado número de consultas que se están realizando diariamente en los centros sin cita previa, las numerosas visitas urgentes de dudosa justificación, el alto porcentaje de consultas para obtener el resultado de pruebas, un número importante de consultas de cita previa en los que acude un familiar en lugar del propio paciente, etc. Todo ello indica que se debe trabajar en la organización de las consultas de nuestra área de salud.

En un primer artículo se presenta un análisis cualitativo de la demanda para poder saber realmente qué es lo que está ocurriendo en nuestros centros de salud¹². Se utiliza la metodología de Casajuana^{13,14}, en la que se propone la clasificación de las visitas según

LECTURA RÁPIDA

▼ Surgió hace un año, como experiencia piloto en un área de salud de la Comunidad Valenciana, la creación de una Unidad de Investigación y Docencia en el ámbito de la AP que depende directamente de la Dirección de Área de AP.

▼ Los proyectos que se han iniciado en la unidad de investigación y que han sido demandados global o parcialmente por los profesionales sanitarios del área de salud. Tienen como objetivo mejorar la organización de las consultas en los centros de salud y el estudio de algunas etapas del proceso clínico.

▼ Una línea de investigación prioritaria, clínica-epidemiológica, de ayuda a la gestión es la que tiene como objetivo conocer la demanda asistencial en nuestros centros de salud para apoyar mejor la gestión y la planificación de recursos en nuestra área de salud.

▼ Los resultados que se están obteniendo apoyan la importancia de realizar estos estudios en AP para planificar y gestionar mejor la organización funcional de los equipos de AP (EAP).



LECTURA RÁPIDA

El fruto de esta investigación ha servido para concluir que en nuestra área sanitaria existe un exceso de demanda administrativa previsible y es necesaria una reorganización de los circuitos, por lo que se está realizando el diseño de una nueva estrategia que mejore el marco administrativo y el trabajo en equipo.

Un argumento en contra de nuestra propuesta de unidades de investigación y docencia ubicadas en el área podría ser la falta de experiencias previas que avalen su viabilidad.

Un inconveniente añadido es la lógica necesidad de recursos para su puesta en marcha.

**TABLA
1**

Estudio de la situación y necesidades de la práctica clínica en atención primaria (SyN-PC)

Objetivo. Fue demandado por los profesionales sanitarios y se basó en el conocimiento de la situación de las consultas en los centros de salud del Área 17

Se basó en dos grandes tipos de diseños:

– Transversal. Recogidas de los datos asistenciales en un momento dado por parte de observadores adiestrados, mediante el cálculo de tamaño muestral representativo y el muestreo aleatorio en las consultas de médicos de atención primaria, pediatría y enfermería

– Longitudinal. Seguimiento entre 3 y 12 meses de pacientes seleccionados de forma aleatoria y tras el cálculo previo de una muestra representativa en las consultas de medicina general y pediatría

Estudio de diferentes aspectos del proceso clínico para mejorar la práctica sanitaria en nuestro entorno asistencial

Objetivo. Fue demandado por algunos profesionales sanitarios para mejorar el proceso clínico

Etapas estudiadas:

– Actividades preventivas. Magnitud, integración en la práctica clínica y estrategias para mejorar las actividades preventivas

– Proceso diagnóstico. Validación de las pruebas diagnósticas que se utilizan habitualmente en la práctica clínica, para confirmar o descartar enfermedades frecuentes y la construcción de guías diagnósticas de práctica clínica

– Pronóstico. Estudios de cohortes de factores de riesgo cardiovascular en la población natural para construir escalas de riesgo de la población española

– Tratamientos. Ensayos clínicos de fármacos y medidas higiénico-dietéticas en condiciones reales de práctica clínica o efectividad clínica

– Cumplimiento. Validación de métodos para identificar el incumplimiento, sus factores predictores y la aplicación de estrategias para su modificación

– Calidad de vida. Integración de instrumentos para su medición y estrategias de mejora de calidad de vida

– Eficiencia del proceso clínico. Valoraciones del coste-beneficio de las pruebas diagnósticas y las intervenciones terapéuticas, estudios para aumentar la prescripción de genéricos en la práctica clínica y relación entre la atención primaria y la especializada

su contenido clínico o administrativo, los motivos y su previsibilidad. Mediante ese análisis se obtienen cuatro tipos básicos de visitas: asistencial previsible, asistencial imprevisible, administrativa imprevisible y administrativa previsible. El fruto de esta investigación ha servido para concluir que en nuestra área sanitaria existe un exceso de demanda administrativa previsible y es necesaria una reorganización de los circuitos, por lo que se está realizando el diseño de una nueva estrategia que mejore el marco administrativo y el trabajo en equipo. Probablemente, estos datos puedan ser extrapolables a muchas áreas de salud.

Un argumento en contra de nuestra propuesta de unidades de investigación y docencia ubicadas en el área podría ser la falta de experiencias previas que avalen su viabilidad. En este sentido, creemos que al menos en las primeras unidades es preciso contar con personas idóneas que tengan un amplio conocimiento de la AP, la EC, la informática y la MBE, que estén fuertemente motivadas, y trabajen a tiempo par-

cial en la unidad y en la práctica clínica como profesionales asistenciales.

Por tanto, es preciso que transcurra un tiempo (al menos 2-3 años) para realizar una evaluación de sus resultados, tanto por parte de los profesionales como por los integrantes de la unidad (autoevaluación) y de la propia administración.

Un inconveniente añadido es la lógica necesidad de recursos para su puesta en marcha. En nuestro caso, al estar todos los integrantes trabajando a tiempo parcial, esto se ha conseguido mediante profesionales de refuerzo, teniendo en cuenta que con cada refuerzo se posibilita la asistencia de dos profesionales a la unidad. Ello puede suponer, en cuanto al cambio de los profesionales, un inconveniente en la consulta, aunque no mayor que el que supone disponer de un residente.

Conclusiones

Aunque es pronto para sacar conclusiones del funcionamiento de este tipo de unidades, dependientes de la dirección de área,

**TABLA
2**

Formación en epidemiología clínica:

Conceptos básicos de bioestadística y epidemiología para investigar el proceso clínico

Determinantes de la práctica clínica

– Etapas del proceso clínico: actividad preventiva, proceso diagnóstico, pronóstico, tratamiento, cumplimiento, calidad de vida y seguimiento

– Historia natural de la enfermedad

– Lectura crítica de artículos científicos y su selección

– Investigar con protocolos sencillos y en condiciones reales de práctica clínica los problemas asistenciales

Formación en medicina basada en la evidencia

– Conocimientos básicos de los conceptos de medicina basada en la evidencia

– Buscar y aplicar la mejor información científica en nuestros pacientes que respondan las cuestiones clínicas planteadas en cada caso

– Lectura crítica de la información científica, cuantificando la incertidumbre en la toma de decisiones

– Aplicar e integrar las guías de práctica clínica, haciendo hincapié en el paso de la evidencia científica a los problemas del paciente

Formación en informática clínica

– Formación de informática y autopistas de la información

– Búsqueda informática de los conocimientos científicos

en la que se potencian en el área de salud las funciones docentes e investigadoras (tablas 1 y 2), estamos convencidos de su utilidad, tanto por la investigación relevante que se está realizando como por la aceptación de los profesionales del área de salud, a la hora de dar soluciones para mejorar su práctica clínica.

Agradecimientos

Al profesor Amando Martín Zurro, por la corrección y las ideas proporcionadas para elaborar este artículo de reflexión.

Bibliografía

1. Gómez de la Cámara A. Manual de medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores, 1998.
2. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P, editores. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2.^a ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994; p. 249-78.
3. Fletcher RH. Clinical epidemiology. A new discipline for an old art. Ann Intern Med 1983;99:401-3.
4. Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence based medicine: a new journal to help doctors identify the information they need. BMJ 1995;310:1085.

5. Muir-Grey JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
6. Gil VF, Merino J, Orozco D, Quince F. Tratado de epidemiología clínica. Alicante: Ed. Universidad de Alicante, 1995.
7. Gil VF, Merino J, Orozco D, Quince F. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Universidad de Alicante. Madrid: Jarpyo Editores, 1997.
8. Martín Zurro A. ¿Deben desaparecer las actuales unidades docentes de medicina de familia y comunitaria? Aten Primaria 2000;26:1-2.
9. Ley 14/86 General de Sanidad (BOE 29-04-1986). Título VI art. 106.
10. Jiménez Villa J, Cutillas Castell S, Martín Zurro A. Evaluación de resultados en atención primaria: el proyecto MPAR 5. Aten Primaria 2000;25:653-60,662.
11. Martín Zurro A. Evaluación de la formación posgrada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). Aten Primaria 2002;30:46-56.
12. Orozco D, Gil VF, Pedrera V, Prieto I, Riera MC, Martínez P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico [en prensa]. Aten Primaria 2003.
13. Casajuana J. Curso a distancia. En: Oyarzabal JI, coordinador. Gestión día a día en el EAP. Módulo I. La Organización Funcional del EAP. SemFyC, 2002.
14. Casajuana J. Los sistemas de información para mejorar la capacidad resolutiva. Quaderns CAPs 199;27:57-60.