



*Agenda de Investigación  
para Medicina General / Medicina de Familia  
y Atención Primaria  
en Europa*

*Traducción al español (spanish translation)*

*Red de Investigación en Atención Primaria de Galicia (Galician Primary Care Research Network)*

*Ana Clavería. Especialista Medicina Preventiva y Salud Pública. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.*

*Pilar Gayoso. Médica de Familia. Unidad de Epidemiología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

*M<sup>a</sup> José Fernández Domínguez. Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense.*

*M<sup>a</sup> José Díaz Otero. Pediatra. Centro de Salud de Fingoi. Lugo.*

*M<sup>a</sup> José Madroño Freire. Médica de Familia. Centro de Salud de . Ourense.*

*M<sup>a</sup> Victoria Martín Miguel. Médica de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo.*

*Angel Martínez Ques. Enfermero. UCI. Complejo Hospitalario de Ourense.*

*Cristina Rey Barbosa. Farmacética. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

## La Agenda de Investigación para Europa

A pesar de ser una de las regiones más ricas del mundo, Europa es también un continente enormemente diverso. Esta afirmación es válida para todas las áreas de actividad humana, incluida la medicina. Cuando observamos al continente europeo desde la perspectiva de la medicina de familia en la universidad, la situación es igual de diversa: hay países que poseen departamentos universitarios de medicina de familia bien establecidos, con una infraestructura de investigación desarrollada y una financiación estable destinada a la investigación, mientras otros países apenas están comenzando a desarrollar su potencial de investigación. Con frecuencia se ha reconocido la importancia de la investigación en medicina de familia, en especial en los últimos tiempos, en que está creciendo el énfasis en la atención primaria y la medicina de familia. A menudo también se ha afirmado que la investigación en medicina de familia tiene un gran potencial, pero muchas veces no se logran avances. Uno de los principales problemas de la investigación en medicina de familia es elaborar protocolos de investigación y conducir proyectos de investigación que reflejen la naturaleza de la disciplina y sus problemas.

El papel de las organizaciones internacionales de medicina de familia es advertir de estas diferencias e intentar acortar las distancias entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. El papel de WONCA Europa es promover los aspectos científicos de la medicina de familia en el ámbito global. En el pasado, lo ha llevado a cabo publicando una serie de documentos sobre los principios de la medicina de familia en asociación con sus redes de trabajo. El primero fue la definición europea, al que siguió el programa Educativo. El documento más reciente de esta serie es el Agenda de Investigación en Medicina general/de familia y en la Atención Primaria de Salud en Europa. Su objetivo es promover la investigación en medicina de familia y ayudar a los médicos de familia a elaborar propuestas de investigación adecuadas a los problemas de los médicos en ejercicio y sus pacientes. También se le puede considerar un instrumento para los planificadores, gestores sanitarios y otros organismos interesados en financiar investigación innovadora, ya que identifica campos donde es necesaria la investigación. En este sentido, la agenda puede utilizarse como guía para decidir sobre las prioridades en investigación, en el ámbito nacional y/o internacional. Estoy seguro de que el documento también se empleará para otros fines.

Me alegra que se haya elaborado y doy la enhorabuena a la Red Europea de Investigación en Medicina General por este logro.

Profesor Igor Svab, MD, PhD, Hon FRCGP Presidente de WONCA Europa

## Índice

<b>Introducción</b>	5
<b>Metodología</b>	10
Hacia una Agenda Europea de Investigación: panorama histórico	10
Revisión bibliográfica	11
Estrategia de búsqueda	12
Valoración crítica	13
Resumen de las publicaciones	13
Recopilación de los resultados	13
<b>Resultados</b>	14
<b>Gestión de la atención primaria</b>	14
Definición del dominio de investigación	14
Resumen de resultados	15
Necesidades para futura investigación	18
Metodología de investigación recomendada	18
<b>Asistencia centrada en la persona</b>	18
Definición del dominio de investigación	18
Resumen de resultados	19
Necesidades para futura investigación	20
Metodología de investigación recomendada	21
<b>Competencias en resolución de problemas clínicos</b>	21
Definición del dominio de investigación	21
Diagnóstico	22
Tratamiento	22
Enfoques específicos para resolver problemas	22
Investigación en formación	23
Resumen de resultados	23
Obtención y valoración de las publicaciones	23

Temas de investigación predominantes entre 2003 y 2008	24
Investigación sobre razonamiento diagnóstico y pruebas diagnósticas	24
Investigación sobre tratamiento	25
Investigación sobre la atención / el tratamiento de enfermedades crónicas	26
Investigación sobre toma de decisiones (compartida)	26
Investigación sobre la calidad de la asistencia	27
Investigación sobre genética y genómica en medicina general/de familia	28
Investigación en formación	28
Necesidades para futura investigación y metodología de investigación recomendada	29
<b>Enfoque integral</b>	30
Definición del dominio de investigación	30
Resumen de resultados	31
Obtención y valoración de las publicaciones	31
Resultados de la revisión bibliográfica	31
Necesidades para futura investigación	32
Metodología de investigación recomendada	33
<b>Orientación comunitaria</b>	33
Definición del dominio de investigación	33
Resumen de los resultados	34
Necesidades para futura investigación	35
Metodología de investigación recomendada	
<b>Enfoque holístico</b>	<b>35</b>
Definición del dominio de investigación	
Resumen de los resultados	
Necesidades para futura investigación	
Metodología de investigación recomendada	
<b>Cómo comenzar la investigación en la medicina general</b>	

<b>en un país con baja capacidad o recursos limitados</b>	
Identificar las necesidades de investigación en el país y establecer una lista de prioridades	
Elegir el tema de investigación	
Elaborar un buen plan de investigación	
Constituir un equipo de investigación	
Desarrollar capacidades y realizar formación en investigación	
Reflexionar sobre condiciones facilitadoras	
<b>Conclusión y discusión</b>	
Conclusión	
<b>Agenda para futura investigación</b>	
<b>Metodología de investigación recomendada</b>	
Discusión de la metodología	
Discusión relativa a otras publicaciones sobre investigación en medicina general/de familia	
<b>Implicaciones</b>	
Implicaciones para las organizaciones de investigación	
Implicaciones para los pacientes	
Implicaciones para la investigación	
Implicaciones para las publicaciones científicas	
Implicaciones para la planificación	
<b>Agradecimientos</b>	
<b>Apéndices</b>	
<b>Resumen general de las estrategias de búsqueda</b>	
Gestión de la atención primaria	
Atención centrada en la persona	
Competencias en resolución de problemas clínicos	
Enfoque integral	
Orientación comunitaria	

---

Enfoque holístico	
<b>Bibliografía por capítulo</b>	
Referencias: Introducción	
Referencias: Metodología	
Referencias: Gestión de la atención primaria	
Referencias: Atención centrada en la persona	
Referencias: Competencias en resolución de problemas clínicos	
Referencias: Enfoque integral	
Referencias: Orientación comunitaria	
Referencias: Enfoque holístico	
Referencias: Cómo comenzar una investigación en medicina general/de familia...	
Referencias: Discusión y conclusiones	
Referencias: Implicaciones	

## Introducción

La medicina general/de familia (MG/MF) es la disciplina central de la atención médica primaria y la piedra angular de muchos sistemas sanitarios europeos. Su potencial es amplio: la gran mayoría de los ciudadanos europeos tiene un médico general (MG; también denominado médico de cabecera o médico de familia) y lo visitan o la visitan con regularidad. En los sistemas de atención primaria en los que el médico general actúa de filtro, el 90-95% de las enfermedades de los pacientes permanece durante mucho tiempo en el ámbito de la atención primaria (incluso cuando se consulten temporalmente especialistas). El 80% de los motivos de la consulta puede resolverse definitivamente en la atención primaria (1, 2).

En 2002, se publicó una definición europea de la Medicina general/de familia, que se revisó en 2005. Informa a los responsables de establecer las directrices, a los financiadores y a otros agentes ajenos a este campo de «el papel esencial de la medicina de familia en los sistemas de salud, tanto en el ámbito nacional como paneuropeo». «Los médicos generales o médicos de familia son médicos especialistas que cuentan con formación en los principios de la disciplina. Son médicos personales, responsables ante todo de proporcionar una atención integral y continua a toda persona que necesite atención médica independientemente de su edad, sexo y enfermedad. Atienden a las personas en el contexto de su familia, su comunidad y su cultura, respetando siempre su autonomía. Reconocen que tienen también una responsabilidad profesional con su comunidad. Al acordar los planes de tratamiento con sus pacientes, integran los factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales, para lo que emplean los conocimientos y la confianza generada en los sucesivos contactos que mantiene con ellos. Los médicos generales o médicos de familia ejercen su papel profesional promoviendo la salud, previniendo la enfermedad y proporcionando tratamiento, cuidados o atención paliativa. Lo hacen directamente o a través de los servicios de otros según las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en la comunidad en la que ejercen y, cuando es necesario, ayudan a los pacientes a acceder a estos servicios. Deben hacerse responsables de desarrollar y mantener sus capacidades, su equilibrio personal y sus valores como base de una atención efectiva y fiable a sus pacientes». (3)

La definición describe once características esenciales de la disciplina y las traduce en seis competencias clave. La interrelación entre estas competencias clave, áreas de aplicación y rasgos esenciales caracteriza la disciplina y subraya la complejidad de la especialidad, y debe guiar e influir en los programas de enseñanza, investigación y garantía de calidad en medicina general/de familia en Europa (4):

#### **Competencias (y características esenciales) en la definición europea de la medicina general/de familia (4)**

**1. Gestión de la atención primaria** (primer contacto, acceso libre y sin limitación, atención de todos los problemas de salud; empleo eficiente de los recursos mediante una atención coordinada, trabajo con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria, gestión de la interacción entre facultativos de atención primaria y especialistas hospitalarios y adopción de un papel de valedor al paciente cuando sea necesario, por ejemplo, protegerlos del daño que pudiera derivarse de someterse a un cribado sistemático, pruebas diagnósticas o tratamientos innecesarios).

**2. Atención centrada en la persona** (orientada a la persona y su familia, sostenida en el tiempo, una comunicación eficaz y una continuidad de la atención).

**3. Competencias en resolución de problemas clínicos** (toma de decisiones específicas determinadas por la incidencia y la prevalencia, necesidad de gestión simultánea de los problemas de salud tanto agudos como crónicos de cada paciente en todas sus etapas vitales, amplio espectro de síntomas y enfermedades, comorbilidad y multimorbilidad).

**4. Enfoque integral** (manejo de enfermedades con presentación poco clara, gestión del riesgo y la incertidumbre, promoción y prevención de la salud además de tratamientos, cuidados y atención paliativa).

**5. Orientación a la comunidad** (responsable de la salud de la comunidad).

**6. Enfoque holístico** (problemas de salud tanto en su dimensión biomédica como psicológica, social cultural y existencial).

*Figura 1. European definition of Family Medicine. Core competencies and characteristics (WONCA 202)*

La medicina general/de familia y la atención primaria de salud desempeñan un papel importante en el funcionamiento de todo el sistema sanitario, que hace muy poco ha sido respaldado por la OMS (5) y por Rawaf et al. (6). La atención primaria de salud (PHC, *Primary health care*) es un concepto formulado originalmente en el Reino Unido en los años veinte del siglo pasado y definido en la declaración de la OMS de Alma Ata 1978 (7-9). Varias revisiones recientes (10, 11) presentan pruebas científicas sólidas del papel de la atención primaria. Starfield (12-14) ha demostrado que la fortaleza del sistema de atención primaria de un país está inversamente asociado a la mortalidad debida a cualquier causa, la mortalidad prematura debida a cualquier causa y la mortalidad prematura debida a causas específicas relacionadas con el asma, la bronquitis, el enfisema y la neumonía, la enfermedad cardiovascular y la cardiopatía. La solidez de los sistemas de atención primaria y de las características del ejercicio profesional, tales como la ordenación geográfica, la continuidad de la asistencia en el tiempo, la coordinación y la orientación comunitaria están correlacionadas con una mejora de la salud de la población (15). También existen pruebas de que la atención primaria (a diferencia de la atención especializada) está asociada a una distribución más equitativa de la salud en las poblaciones (16), un resultado que es válido tanto para los estudios nacionales como internacionales. El médico general/de familia desempeña un papel de filtro que se considera una medida importante para el control de costes e impide el perjuicio debido a las hospitalizaciones innecesarias y el exceso de pruebas. (17).

Estos artículos se refieren a la atención primaria de salud como la proporcionada en el primer nivel de atención por un equipo cooperativo multiprofesional. En un contexto europeo (y en la mayoría de otros países desarrollados), el concepto de atención primaria de salud se emplea y se ha estudiado en alusión a la especialidad médica de la medicina general/de familia. En estos países, quienes coordinan la mayoría de los equipos de atención primaria de salud son los médicos generales/de familia, que proporcionan la atención médica primaria. Sin embargo, este concepto de trabajo en equipo todavía no se aplica plenamente en todos los países europeos y las formas de organización de la atención primaria de salud y la medicina general son muy variables. Mientras que en algunos países los médicos generales/de familia tienen asignados pacientes en su consultorio y ejercen una función de filtro y, de esta manera, son quienes ejercen el control exclusivo de la atención médica primaria, en otros países la atención primaria es un territorio que se disputan los médicos generales y los múltiples especialistas de la comunidad a los que los pacientes tienen acceso por iniciativa propia. En casi todas partes la enfermería es una profesión importante en la atención primaria de salud. En los diversos sistemas sanitarios europeos, el personal de enfermería desempeña su función como parte de un equipo de atención primaria de salud (esto es, como enfermeros de consulta) o como enfermeros independientes o comunitarios. En consecuencia, la investigación sobre la atención primaria de salud se ha realizado, por lo general, en el ámbito de la medicina general/de familia y en el ámbito de la enfermería y, en algunas ocasiones, también en el ámbito de los especialistas comunitarios o de otras profesiones sanitarias. Sin embargo, esta Agenda de investigación se centra en la atención primaria proporcionada por los médicos generales/de familia y los equipos multiprofesionales que ellos coordinan.

La **investigación en medicina general** debe reflejar el contexto, es decir, el sentido de las relaciones complejas que se producen dentro de la atención primaria y los equipos de atención primaria de salud, además de las circunstancias de los pacientes. Por lo tanto, el dominio de la investigación en medicina general implica los estudios comprendidos en el ámbito de la atención primaria de salud y el empleo dirigido de una gran variedad de métodos de investigación. Es necesario que los estudios se efectúen en un ámbito realista y pragmático; deben evaluarse las estrategias diagnósticas y terapéuticas de la atención primaria en una población no seleccionada y deben explorarse las necesidades, las percepciones y las preferencias tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios. La investigación en medicina general ha alcanzado distintos estadios de profesionalización y de capacidad en los diferentes países europeos. Se desarrolló primero en aquellos países (principalmente del noroeste europeo) que basan sus sistemas sanitarios en los principios del acceso a los niveles más especializados de la asistencia sanitaria controlado por el médico general («filtro» y «referencia»). Los países en los que los médicos generales trabajan paralelamente a otros especialistas

comunitarios encontraron más dificultades para iniciar y desarrollar la institución académica y, por lo tanto, la capacidad de investigar en los ámbitos de la medicina general/de familia. La pauta general es que unos profesionales, actuando como pioneros, efectúen individualmente investigación en la práctica clínica y obtienen como resultado doctorados (etapa 1), posteriormente se desenvuelven gradualmente cátedras universitarias centradas en la formación médica (etapa 2) y, por último, se elaboran proyectos de investigación más amplios que permiten aumentar la capacidad de investigación (etapa 3). En la actualidad, los países europeos presentan diversos estadios de desarrollo de su capacidad de investigación en medicina general/de familia: países en los que prácticamente no existe la medicina académica de familia (estadio 1), países en los que los departamentos universitarios de medicina de familia están principalmente involucrados en la formación médica (estadio 2) y países en los que se están desarrollando los servicios —clínicos o sanitarios— de investigación (estadio 2-3) (18, 19). La investigación en medicina general también es necesaria para que los estudiantes de medicina y los graduados se sientan más atraídos por la medicina general.

La investigación en medicina general/de familia ha sido objeto de un vivo debate en los últimos años (20-22). Algunos autores han cuestionado incluso si tiene algún futuro. La necesidad de investigar en la atención primaria se ha descrito de la siguiente manera: «Es esencial investigar en atención primaria porque: (a) la atención clínica y preventiva debe estar respaldada por pruebas científicas; (b) en la mayoría de los países, en especial en los más pobres, la mayor parte de esa atención se lleva a cabo en la atención primaria y (c) las pruebas científicas que sustentan esta atención no pueden provenir solo de la investigación efectuada en los laboratorios y los hospitales. La ausencia de investigación en atención primaria da lugar a pruebas innecesarias, tratamientos inadecuados y retrasos en el diagnóstico debidos a derivaciones equivocadas». (23) Además, «mediante la investigación en medicina de familia, puede mejorarse la eficacia y la eficiencia de los servicios sanitarios. Es esencial fortalecer la investigación en medicina de familia es esencial para realzar el papel de los médicos de familia en los sistemas sanitarios, optimizar el funcionamiento de los sistemas de salud y mejorar la salud de las poblaciones» (24).

Respondiendo a la solicitud de la rama europea de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA Europa), la Red Europea de Investigación en Medicina General (EGPRN, European General Practice Research Network) ha creado un grupo de expertos para trabajar en la Agenda Europea de Investigación en Medicina general/de familia en 2006. Los principales objetivos de este proyecto fueron proporcionar una orientación para las futuras investigaciones y para las políticas relacionadas con la investigación. La Agenda de investigación también tiene en cuenta las dificultades que debe afrontar la disciplina, su visión y su futura evolución. La Agenda europea es un documento básico y un manual de referencia para los médicos generales, los investigadores y los responsables de establecer las directrices que brinda apoyo a la medicina general/de familia en Europa. Puede servir de documento de referencia en todo el mundo, ya que aún no existe otro para otras regiones de la WONCA. La Agenda tiene la intención de complementar el Programa Educativo de la EURACT, que aborda la formación académica y la capacitación profesional (25).

La Agenda de investigación será un documento de referencia en el que se

- Resume la evidencia existente sobre aspectos de la definición de medicina general/de familia o de familia y la relación de tareas de los médicos generales y su significado para los investigadores y los decisores.
- Destaca las necesidades de investigación y las carencias de datos científicos, con el propósito de planificar y financiar la investigación
- Proporciona una base para actuar proactivamente y, así, influir en las políticas de salud e investigación, en las prioridades de financiación para investigación o en la capacidad de ejercer presión para obtenerla.
- Indica cuestiones de importancia inminente para países con una baja capacidad de investigación dirigido al desarrollo o puesta en marcha de un plan de investigación en medicina general/de familia.

## Metodología

### *Hacia una Agenda Europea de Investigación: panorama histórico*

Los bases para la elaboración de la Agenda Europea de Investigación fueron los prerequisites, las necesidades y las prioridades de la investigación europea en medicina general reflejadas en encuesta a personas clave y los análisis DAFO efectuados por los representantes nacionales de la EGPRN. Después de la publicación de la definición de la medicina general/de familia de la WONCA, se celebró el taller inicial en 2002 (Bled, Eslovenia) para poner en común las necesidades de investigación y las barreras percibidas para la investigación en medicina general en los países representados y establecer un orden de prioridades para los resultados. Esta primera visión general se publicó en 2004 (1).

Una segunda aproximación a las necesidades y las exigencias de la investigación en medicina general en los diversos países europeos fueron los informes anuales (semi) estructurados enviados por los representantes nacionales de la EGPRN durante varios años. Los datos de todos los informes entrantes de los representantes nacionales de la EGPRN desde 2003 se analizaron cuantitativa y cualitativamente en cuanto a la infraestructura de investigación, las directrices y la organización. Varias rondas de análisis DAFO en las reuniones sucesivas de la EGPRN ayudaron a seguir focalizando y estableciendo prioridades para los temas y los requisitos de la investigación (2).

Una tercera aproximación fue un análisis y una clasificación, por tema y metodología, de todos los resúmenes presentados en las conferencias de la EGPRN celebradas desde 2001, que dio una visión general de la actividad de investigación de los médicos generales presentada en la EGPRN (3). Los resúmenes de WONCA Europa no se pudieron clasificar de la misma manera, ya que no están publicados en revistas científicas ni archivados sistemáticamente.

Posteriormente, en 2006 se formó el **Grupo de Trabajo de la Agenda de Investigación de la EGPRN** que incluyó la Comisión de Estrategia de Investigación de la EGPRN y otros miembros voluntarios. A partir de los documentos antes mencionados, el grupo aceptó la responsabilidad de recopilar un resumen amplio de la investigación en medicina general/de familia para elaborar la Agenda de investigación.

El **punto de partida** para elaborar la Agenda de investigación fue el dominio de la medicina general en Europa descrito en las seis competencias principales (y las once características comprendidas en ellas) de la definición de la WONCA (4). Un segundo marco fueron los dominios principales de la investigación en medicina general/de familia que se resumen como:

- Investigación clínica
- Investigación en los servicios de salud
- Investigación en formación y enseñanza de la medicina general (1, 5).

Cuando se intenta definir la investigación clínica en contraste con la investigación en los servicios sanitarios, encontramos que estas áreas se solapan considerablemente, pero difieren en cuanto a los resultados de cada estudio o dominio de estudio. La investigación clínica tiene resultados a nivel de paciente midiendo aspectos de salud de los pacientes (incluida la función o la calidad de vida), mientras que la investigación en los servicios sanitarios se centra en resultados de aspectos relacionados con el médico o el sistema. Estos tres dominios (y la metodología de investigación recomendada como cuarta columna) se superpusieron con las competencias principales de la definición de medicina general/de familia para formar básicamente una plantilla que vinculara estos campos de investigación. Esta plantilla ha ayudado a estructurar la revisión bibliográfica posterior en dominios temáticos de investigación, pero no se ha empleado restrictivamente. Se celebraron repetidas y exhaustivas sesiones de puesta en común y debates dentro del grupo de autores sobre la formulación y el contenido de los temas de cada dominio hasta alcanzar un

acuerdo. Los comentarios de diversos talleres públicos y los argumentos de personas clave encuestadas (véase más abajo) también se añadieron a este debate. Los retos a los que se enfrenta la atención primaria, que no se habían mencionado en el documento original de la definición de la WONCA pero que podían tener importancia para el futuro de la medicina general/de familia, se añadieron a los dominios de investigación y a los temas a investigar. Entre ellas, por ejemplo, la aplicación de los conocimientos genómicos en continua evolución para la prevención (p. ej. gestión del riesgo cardiovascular o de cáncer) tratamiento (con empleo de la farmacogenómica) y las implicaciones médico-éticas y médico-legales asociadas y el uso y las posibilidades de la historia clínica electrónica o de las tecnologías de la información.

### Revisión bibliográfica

A partir de estos puntos iniciales, se efectuó una revisión bibliográfica amplia, buscando información relevante sobre las evidencias científicas que sustentan las competencias principales de la WONCA y las características de la medicina general y artículos relacionados. Para cada competencia principal, un subgrupo de autores realizó la revisión bibliográfica.

### Estrategia de búsqueda

Se efectuó una búsqueda en PubMed empleando términos MeSH relacionados con las competencias o subcampos específicos (véanse los detalles en los apéndices) cruzados con «*family practice*» (medicina de familia), «*general practice*» (medicina general) y «*primary health care*» (atención primaria de salud).

Se emplearon diversas estrategias para ampliar las búsquedas cuando los resultados eran escasos o uno de los dominios parecía insuficientemente cubierto:

- Se recuperaron las palabras clave de los estudios relevantes de cada competencia principal, además de los términos MeSH, y se incluyeron en las búsquedas.
- Se identificaron todos los términos MeSH relacionados para cada término de entrada (o palabra clave) y se incluyeron en la estrategia de búsqueda.
- Se emplearon los términos MeSH de los artículos relevantes en búsquedas adicionales y se realizaron búsquedas «Explode» (búsquedas de registros que contienen el término o cualquiera de sus términos más afines) para los artículos relacionados con los más relevantes.
- En algunos casos, las búsquedas no se limitaron a los artículos clasificados con los términos «*family practice*» (medicina de familia), «*general practice*» (medicina general) o «*primary health care*» (atención primaria de salud) para ampliar la cobertura del dominio.

Esta ampliación se aplicó principalmente a los dominios de búsqueda gestión de la atención primaria, enfoque integral, orientación comunitaria, enfoque holístico y a algunos subcapítulos de resolución de problemas clínicos (genética, atención a crónicos, programas de gestión de enfermedades).

En los dominios con un gran volumen de referencias, se emplearon filtros adicionales y los análisis se limitaron a metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos o ensayos controlados aleatorizados (ECA), excluyendo así editoriales, revisiones no sistemáticas o artículos de opinión. También se excluyeron los artículos relacionados solamente con la enfermería (y no con la medicina general). Esta exclusión se aplicó principalmente a dominios de investigación focalizados en la atención centrada en la persona y, en menor medida, a la solución de problemas específicos, concretamente a la investigación relacionada con el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de la atención. Las búsquedas bibliográficas se limitaron principalmente a los artículos en inglés con alguna extensión a los publicados en francés, alemán u holandés.

Además, se intentó una revisión semicuantitativa muy somera de los temas de investigación para poder identificar todos los temas bien cubiertos y los puntos en que falta información. Esto se logró haciendo búsquedas en PubMed de ensayos controlados aleatorizados o de ensayos clínicos

clasificados por el término MeSH «*family practice*» (medicina de familia) o «*general practice*» (medicina general) y publicados a partir de 2003.

### Valoración crítica

Todos los artículos identificados mediante estas búsquedas fueron inicialmente filtrados por título y resumen y seleccionados teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Formulación clara del tema de investigación.
- Descripción clara de la metodología incluido el ámbito; idoneidad para abordar el tema de investigación.
- Presentación clara de los resultados, consistente con el tema de investigación y la metodología.
- Conclusiones basadas en los resultados.
- Relevancia del estudio (por abordar un tema clínico y/o presentar resultados relevantes para la medicina general/de familia o la atención primaria, desde un contexto occidental europeo o adaptable al mismo).

### Resumen de las publicaciones

Los resúmenes seleccionados se compararon con las descripciones de dominios y las metodologías empleadas. Se analizaron los resúmenes y los artículos completos y se recopiló la metodología, los resultados y las conclusiones de los textos. Se identificaron los artículos de referencia, cuando los hubo. Posteriormente se debatieron los resultados en el grupo de autores.

### Recopilación de los resultados

Cada subgrupo resumió sus resultados con atención a los dominios y conceptos de investigación. Se identificaron y resumieron las evidencias científicas existentes sobre competencias, y áreas de investigación relacionadas, así como, el tipo de estudio y los métodos/instrumentos empleados. Se extrajeron conclusiones después de reflexión y debate reiterado en grupos pequeños hasta alcanzar un acuerdo. Posteriormente, se identificaron la falta de datos científicos y las lagunas en la investigación comparando los resultados de las búsquedas con la descripción del dominio concreto, tanto en debates efectuados en grupos pequeños como en plenarios del grupo de autores. Los resultados y las conclusiones se recopilaron en capítulos diferentes para cada dominio de investigación y dominio de competencias principales, según el esquema siguiente:

- Definición del dominio
- Resumen de los resultados de estas búsquedas, indicando en qué temas existen publicaciones y dando un resumen somero de los resultados de investigación cuando era factible.
- Objetivos de investigación y necesidades, centrándose en las lagunas actuales de conocimiento e indicando futuros temas de investigación.
- Metodologías recomendadas para los temas sugeridos.

El capítulo «Cómo iniciar investigación en medicina general en un país con baja capacidad o recursos limitados» es un documento de consenso que refleja la amplia experiencia de los integrantes de la EGPRN, más que los resultados de una revisión sistemática de la literatura.

A continuación, Eva Hummers-Pradier y Paul van Royen editaron los documentos de resumen. Lo hicieron inicialmente reuniendo todas las estrategias de búsqueda, referencias y resúmenes preliminares (primavera de 2008), a partir de lo cual surgió un documento más elaborado y conciso que establecía conclusiones para cada una de las 6 competencias principales (otoño de 2008).

Los resultados preliminares y finales de todo el proceso se presentaron y se debatieron en diversos talleres y reuniones de consejo o directivas en los congresos de WONCA Europa celebrados en París (2007) y Estambul (2008) y en las reuniones de la EGPRN realizadas en Antalya (mayo de 2008) y Budapest (octubre de 2008). Se solicitaron aportaciones a los miembros de la EGPRN. Además, se envió el documento y se pidieron contribuciones al consejo directivo de WONCA Europa, el presidente de WONCA World, los representantes de EQUIP y de EURACT, los editores de diversas revistas europeas de medicina general, los colegios nacionales de medicina general/de familia, el Foro Europeo de la Atención Primaria y otros formadores de opinión europeos. En octubre de 2008 se publicó una versión preliminar en las páginas Web de EGPRN y de WONCA Europa, invitando a las personas y las organizaciones interesadas a hacer más consideraciones.

En una reunión de los autores (enero de 2009) todos los comentarios recibidos se debatieron y se incorporaron al documento preliminar. Las estrategias de búsqueda bibliográfica y las citas bibliográficas más importantes se recopilaron en los apéndices de los capítulos de resultados. Se revisaron detenidamente la introducción, la metodología y el capítulo de discusión. Se elaboró la versión preliminar de un capítulo de conclusiones con implicaciones para la investigación y la planificación/políticas en salud. Esta versión se continuó debatiendo en el grupo de autores. Eva Hummers-Pradier y Paul van Royen editaron el documento final en la primavera de 2009.

## Resultados

### Gestión de la atención primaria

#### Definición del dominio de investigación

Según la definición de WONCA Europa de la medicina general/de familia, la gestión de la atención primaria incluye la capacidad de:

- Gestionar el contacto inicial con los pacientes, tratando con problemas no preseleccionados.
- Abarcar todos los estados de salud.
- Coordinar la atención con otros profesionales en la atención primaria y con otros especialistas.
- Realizar una efectiva y adecuada prestación de la atención y utilización de los servicios sanitarios.
- Hacer accesibles al paciente los servicios adecuados dentro del sistema sanitario.
- Actuar como defensor del paciente.

Starfield (1) define la atención primaria por los siguientes cuatro componentes centrales, que también pueden emplearse como medidas de resultado o indicadores en la investigación sobre servicios de salud:

El **contacto inicial** es un componente central que incluye la evaluación de la accesibilidad de un proveedor o un centro y la medida en que la población realmente emplea los servicios cuando percibe por primera vez que los necesita (2).

La **longitudinalidad o continuidad** es la atención centrada en la persona durante el transcurso del tiempo. (en la Agenda de investigación, este componente está abarcado en el dominio «atención centrada en la persona»).

La **integralidad** requiere que el proveedor de atención primaria ofrezca una gama de servicios lo suficientemente amplia para cubrir todas las necesidades comunes de la población y su evaluación incluye la medida en que el proveedor realmente reconoce estas necesidades cuando se producen (en cierto modo el concepto de Starfield es diferente al de la definición de WONCA Europa de un enfoque integral, que es en sí mismo un dominio de investigación dentro de la Agenda).

La **coordinación** valora en qué medida el proveedor de la atención primaria gestiona todos los cuidados de salud del paciente, incluida la proporcionada por los niveles secundario y terciario. Requiere también un sistema de recogida de datos, que contenga toda la información relacionada con la salud (es decir, una historia clínica electrónica) y una evaluación que incluya el grado y la rapidez con que la información se identifica y aplica a la práctica clínica (1, 3).

Este dominio de investigación también incluye la efectividad clínica y los efectos sobre los sistemas sanitarios que tienen los modelos de gestión de problemas sanitarios concretos en la atención primaria, por ejemplo programas definidos de gestión de enfermedades y formas de organizar la atención dentro de un consultorio o un equipo de atención primaria de salud. La investigación en formación en este campo comprende las aptitudes de gestión tanto a nivel de sistema sanitario como en la consulta, además de formación en colaboración entre

profesionales médicos con formación y experiencias diversas. Existe una superposición con otras competencias como la orientación comunitaria, la atención centrada en el paciente y la solución de problemas específicos.

### Resumen de los resultados

Todo el campo de investigación de la gestión de la atención primaria es muy amplio. Los artículos encontrados proporcionaron resultados muy dispersos, más que una visión global. Aunque ha habido pocas comparaciones sistemáticas, parecen existir pocos indicios a favor de un modelo organizativo, de financiación o laboral concreto, pero parece obvio que la organización y los recursos humanos de medicina general/de familia debe desarrollarse más para poder satisfacer mejor las necesidades actuales y futuras de la gestión de la atención primaria. Existe evidencia que demuestra que los sistemas sanitarios que dependen relativamente más de la atención primaria de salud y la medicina general tienen ventajas frente a los que tienden a la atención especializada, ya que proporcionan mejores resultados de salud en la población, mayor equidad, acceso y continuidad, junto con menores costes (4, 5).

Muchos de los artículos encontrados están relacionados con la gestión en atención primaria de pacientes que padecen una enfermedad específica (principalmente depresión, salud mental y diabetes) o que pertenecen a una población definida, como por ejemplo la asistencia geriátrica (6-10).

Se ha estudiado en diferentes poblaciones de pacientes el efecto de diversos **modelos de gestión o intervenciones en atención primaria**, como consultas preventivas de refuerzo o atención de enfermería. Diversos estudios indican que para algunas enfermedades específicas, la atención proporcionada por profesionales de enfermería con adecuada capacitación es de una alta calidad, similar a la atención proporcionada por médicos, y que los resultados de salud para los pacientes son comparables. Sin embargo, es probable que la atención primaria de enfermería tenga un coste similar a la atención proporcionada por médicos de familia (asalariados) según los datos disponibles en la actualidad. Las intervenciones en la organización de la consulta parecen tener influencia en la aceptación de los servicios, pero rara vez se ha evaluado su efecto en los resultados de salud. (11, 12).

Se ha estudiado el impacto de la **duración de la consulta** en estudios observacionales, pero sin resultados concluyentes. Son necesarios más estudios que se centren en resultados de salud y su coste efectividad.

El **acceso a la atención primaria** se organiza de manera diferente en los diversos países, tanto dentro como fuera de Europa. Muchos de los artículos encontrados fueron estudios relacionados con enfermedades concretas o artículos de investigación en enfermería. La mejora de accesibilidad es un tema de planificación clave para mejorar la calidad de la asistencia (primaria) y para garantizar la equidad en la atención sanitaria, pero hasta ahora esta cuestión se ha estudiado mayormente desde un punto de vista local más que como una característica general o de manera comparativa (13-18).

Un importante foco de investigación ha sido la **asistencia en colaboración** y la **interfaz entre la atención primaria y secundaria**. Sin embargo, esta interfaz, está organizada de manera muy diferente en los diversos países de Europa, lo que implica que es necesario interpretar los estudios en su contexto local y no se pueden generalizar a otros ámbitos. Se han realizado mucha investigación sobre los índices de derivación y se demuestra una variabilidad interindividual amplia entre los médicos generales. Las intervenciones educativas locales con implicación activa de médicos generales/de familia y especialistas de segundo nivel, y las hojas de derivación estructuradas son las únicas intervenciones que han demostrado tener un efecto en los índices de derivación, basándose en la evidencia actual. Los efectos de una segunda opinión «interna» y otras alternativas basadas en la atención sanitaria intermedia para la remisión externa de pacientes parecen ser prometedores en los ámbitos que cuentan con filtros por lo demás estrictos por parte del médico general. Deben incorporarse especialistas de segundo nivel en actividades de formación activa y las hojas de derivación estructuradas son eficientes (19-30). La cooperación con los farmacéuticos (por ejemplo, para el control o la coordinación de las prescripciones) puede reducir los eventos adversos relacionados con la medicación; es necesario

efectuar más ensayos controlados aleatorizados sobre las intervenciones farmacéuticas en atención primaria para decidir sobre su eficacia (31).

Ha habido un importante volumen de investigación sobre el papel y posibles efectos de las **historias clínicas electrónicas (HCE)** en la atención primaria. La **Clasificación Internacional de la Atención Primaria** (ICPC, en su siglas en inglés) (32) y la codificación de las actividades diarias del médico general basada en los motivos de la consulta de los pacientes son conceptos centrales de muchos artículos. Esto demuestra la utilidad, el potencial y las posibilidades de desarrollo futuro de la epidemiología de atención primaria y medicina general/de familia basada en las historias clínicas electrónicas codificadas con ICPC y estructuradas según los episodios de asistencia (33-36). Sin embargo, en muchos países europeos, la utilización y la calidad de la historia clínica son inferiores a los ideales desde la perspectiva de la epidemiología de atención primaria o la recogida de bases de datos de investigaciones nacionales e internacionales, debido a la falta de clasificaciones estándar o de una legislación nacional que establezca el uso de la codificación basada en ICD. Con frecuencia esto conlleva que las historias clínicas están incompletas. Con fines de investigación, debe adoptarse un enfoque pragmático en la HCE «diaria» o en el registro de datos específicos (37, 38). Hay un rápido incremento de la literatura sobre cuestiones metodológicas y de calidad de la investigación sobre HCE/datos y de proyectos de investigación que emplean ese tipo de registros como fuente de datos, como por ejemplo eHID, QRESEARCH y otras bases de datos de morbilidad/HCE en el Reino Unido, Bélgica y los Países Bajos (39-43). Una proporción sustancial de los artículos de investigación tratan del potencial de estas plataformas para generar datos para la gestión de la calidad (incluidas las auditorías) y de la HCE como una plataforma para aplicación de guías y recomendaciones, para identificar a los pacientes que elegibles para un tratamiento o medida preventiva o para motivar advertencias sobre el uso de un fármaco. Los resultados que se han obtenido son en su mayoría positivos, aunque no de forma abrumadora, lo que puede depender del sistema de HCE empleado. Rara vez se ha estudiado su efectividad en relación con los resultados de salud.

Los **resultados medidos** habitualmente en la investigación sobre aspectos de gestión de la asistencia sanitaria primaria incluyeron la rentabilidad o aspectos de calidad/indicadores de calidad, con frecuencia con un enfoque de evaluación comparativa (44-53) o de coste-efectividad. En raras ocasiones se han empleado resultados cuya fiabilidad refleja la salud o el bienestar de los pacientes.

Ha habido una cantidad limitada de investigación en formación sobre aspectos de gestión de la atención primaria. De los estudios efectuados, la gran mayoría se centra en **intervenciones educativas dirigidas a los médicos** para poner en práctica enfoques de servicios específicos, por ejemplo actividades de prevención, colaboración interprofesional o estrategias de atención para enfermedades específicas, detección de enfermedades y prescripción. La mayoría de los estudios muestran efectos pequeños o insignificantes; la sostenibilidad de estos efectos no se ha estudiado (54-58).

### **Necesidades para futura investigación**

Por lo tanto, las futuras investigaciones deben centrarse en

- El desarrollo de instrumentos para describir y medir los diferentes aspectos de la gestión de la atención primaria
- Las percepciones, perspectivas y preferencias del paciente y el médico sobre cuestiones de gestión del consultorio (como libre acceso, consultas telefónicas y telemedicina).
- La comparación de diferentes modelos de atención y evaluación de la eficacia de diferentes estrategias o intervenciones de gestión de la atención primaria, no solo en cuanto a la satisfacción del paciente y/o la aceptación del servicio sino también en cuanto a resultados sanitarios.
- La validez y la utilidad de las historias clínicas electrónicas en la medicina general.

- La recogida habitual y la viabilidad/validez de los datos de las historias clínicas electrónicas de los médicos generales, su empleo para estudios de morbilidad y atención médica general (incluidos los denominadores adecuados) y como medio de inclusión de pacientes y recogida/gestión de datos en la investigación.
- Los métodos eficaces de formación interprofesional y las técnicas de gestión de la docencia para (futuros) médicos generales.

### Metodología de investigación recomendada

- Investigación instrumental para elaborar y validar medidas para cuestiones de gestión del consultorio
- Epidemiología de la medicina general/de familia, incluidos aspectos específicos y resultados de la atención con una perspectiva longitudinal
- Investigaciones experimentales (ensayos controlados, que comparan diferentes estrategias de gestión de la atención primaria o que comparan estrategias innovadoras con la «atención habitual»)
- Estudios de aplicación de estrategias eficaces (diseños observacionales)
- Diseños de estudio mixtos

## Atención centrada en la persona

### Definición del dominio de investigación

Según la definición de la WONCA, la atención centrada en la persona incluye

- La adopción de un enfoque centrado en la persona para tratar los pacientes y abordar los problemas.
- El establecimiento de una relación eficaz entre el médico y el paciente que respete la autonomía del paciente.
- La comunicación, el establecimiento de prioridades y la acción en asociación.
- La longitudinal de la atención.

La atención centrada en el paciente se ha aceptado como un valor importante, esencial en la atención médica y en la actualidad se la defiende universalmente en la formación médica. En las publicaciones médicas, se suele emplear el término atención centrada en el paciente en lugar de centrada en la persona. No obstante, su significado no es idéntico, ya que centrada en la persona implica el reconocimiento de la persona más allá de su papel específico como paciente. La atención centrada en la persona es uno de los elementos centrales de la medicina general/de familia y, por lo tanto, es un elemento clave en la nueva definición de la disciplina. El concepto de atención centrada en la persona ha surgido en la medicina general ya en los años cincuenta del siglo pasado con el trabajo de Balint y el equipo Tavistock, que trasladaba las observaciones y los métodos psicopedagógicos en el contexto de la atención primaria (1, 2). También otras disciplinas muestran un interés creciente en la medicina centrada en el paciente. El concepto fue descrito por diversos autores y se distinguieron diferentes elementos básicos (3-5), como comunicación, asociación y promoción de la salud. Según Starfield (6), longitudinalidad o continuidad, en el sentido de atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, es uno de los componentes clave de la atención primaria. Sugiere evaluarla por el grado de acuerdo en el compromiso mutuo entre el prestador de la atención y los clientes.

Este dominio de investigación consistente en la atención centrada en la persona también incluye los estudios sobre las perspectivas y las preferencias de los pacientes, además de la efectividad de un enfoque centrado en la persona o el paciente, según se define más arriba, y aspectos de la implicación del paciente y la toma de decisiones compartida, aunque existe una superposición con aspectos de la resolución de problemas clínicos.

### Resumen de los resultados

Muchos de los artículos encontrados que tratan el concepto de atención centrada en la persona son artículos de opinión. Diversos artículos analizan las experiencias de los pacientes y los médicos, las creencias y preferencias de una comunicación o enfoque biomédico frente al centrado en el paciente, principalmente empleando una metodología de investigación cualitativa (entrevistas, grupos de debate y vídeos) (7). Se ha observado que no todas las situaciones o cada uno de los grupos de pacientes de la medicina general aprecian un estilo de comunicación centrada claramente en el paciente o la toma de decisiones compartida. El conjunto de la investigación efectuada en este campo sigue siendo pequeño y ha demostrado tener limitaciones considerables. Es posible que una mejor comprensión de la diversidad de las preferencias de los médicos y los pacientes en diferentes situaciones pueda dar lugar a una atención más eficaz e individualizada.

Diversos artículos han explorado también las preferencias y las experiencias de los pacientes sobre la continuidad (interpersonal) de la atención. La continuidad apreciada tanto

por los pacientes como por los médicos se dirigía a cuestiones graves y psicosociales y también a las revisiones periódicas por enfermedades crónicas. Sin embargo, la continuidad se considera menos importante que una buena comunicación médico - paciente. Poder tener un acceso rápido a la atención para los trastornos agudos es más importante que la continuidad interpersonal para muchos pacientes que por lo demás están sanos. La atención continua por parte de los mismos médicos pareció ser beneficiosa por lo que se refiere al seguimiento de los trastornos crónicos y a cierta conformidad con las guías, p. ej. para la diabetes. Se han estudiado los efectos de un enfoque o comunicación centrada en el paciente en relación con la satisfacción del paciente y el cumplimiento terapéutico, la mejora de los resultados médicos y la disminución de las reclamaciones por negligencia profesional. La mayoría de los ensayos controlados aleatorizados comprobaron efectos principalmente en la satisfacción del paciente o no encontraron resultados estadísticamente significativos. Recientemente, se han hecho algunas investigaciones sobre formación en el control del tratamiento por el propio paciente para aquellos que padecen diversas enfermedades crónicas. Parece que estos programas son más eficaces que la formación al paciente basada solo en información; se registraron efectos pequeños, de corto plazo, relativos a aumento de la satisfacción, disminución de síntomas por una conducta saludable y utilización de la asistencia sanitaria (8, 9, 10). A pesar de que estas pruebas son relativamente débiles, se considera que el concepto de auto-activación o auto-motivación del propio paciente (11) junto con el establecimiento de una relación preactiva entre el equipo y el paciente en medicina general/de familia, aumentará su importancia en el futuro, en especial para enfermedades crónicas (12).

La investigación sobre el efecto de los programas de formación para médicos en la atención centrada en las personas sobre la evolución clínica y no clínica son limitadas.

En conclusión, el concepto de atención centrada en la persona sigue estando mal definido. Todavía no hay una definición clara ni instrumentos para medir este complejo concepto en su totalidad. Sin embargo, existen investigaciones sobre aspectos individuales, esto es instrumentos para medir la participación, habilidad o satisfacción del paciente (tanto genérica como específica de la enfermedad). La mayor parte de la investigación ha examinado las preferencias y las experiencias del paciente y el médico. Hasta la fecha, se han conducido escasas investigaciones sobre sus implicaciones o resultados.

### *Necesidades para futura investigación*

Por lo tanto, la futura investigación debe centrarse en

- Una mejor comprensión y definición clara (de los componentes de) la atención centrada en la persona.
- El desarrollo de instrumentos adicionales para describir y medir los aspectos complejos y los resultados.
- Las percepciones, perspectivas y preferencias del paciente y el médico sobre la atención centrada en la persona, la comunicación, el compromiso y la toma de decisiones compartida (incluidas las circunstancias sociales, culturales y ambientales que afectan estas preferencias).
- La evaluación de la eficacia del enfoque de atención centrada en la persona en cuanto a resultados sanitarios clínicos relevantes y resultados medidos como satisfacción, conocimientos y calidad de vida.
- Métodos eficaces de la (futura) formación de los médicos generales para que pongan en práctica un enfoque centrado en la persona y la sostenibilidad de los efectos de la formación teórica y práctica.

### *Metodología de investigación recomendada*

- La investigación cualitativa proporciona un enfoque para los conceptos y expectativas de los médicos y los pacientes.
- La investigación instrumental es esencial para desarrollar medidas claras de atención centrada en la persona.
- Estudios experimentales —que comienzan con intervenciones simples centradas en el paciente— para evaluar los efectos.
- Se necesitan estudios observacionales para hacer un seguimiento de la atención centrada en la persona con una perspectiva longitudinal, en especial estudios epidemiológicos longitudinales que recojan datos sobre los motivos de la consulta y la sensibilidad/respuesta a las solicitudes del paciente.

## Competencias en resolución de problemas clínicos

### Definición del dominio de investigación

Las capacidades para resolver problemas clínicos, según la definición de WONCA Europa incluye la habilidad de

- Relacionar los procesos de toma de decisiones con la prevalencia y la incidencia de la enfermedad en la comunidad.
- Reunir, interpretar y aplicar selectivamente la información de la anamnesis, la exploración física y las pruebas, en colaboración con el paciente.
- Adoptar el razonamiento clínico secuencial empleando el tiempo como herramienta, y gestionar la incertidumbre.
- Gestionar las condiciones clínicas que se presentan en fases iniciales o de forma inespecífica.
- Hacer un uso efectivo y eficiente del diagnóstico y de las intervenciones de terapéuticas, tanto para las enfermedades urgentes como para las crónicas.

Este campo es amplio y comprende la mayor parte de la investigación clínica, relacionada con la enfermedad o el diagnóstico. La investigación epidemiológica sobre la morbilidad tratada en la atención primaria y la atención sanitaria brinda la información necesaria para desarrollar y aplicar las competencias para resolver problemas. La solución eficaz de los problemas por los médicos generales/médicos de familia es con frecuencia la clave para una gestión adecuada de la atención primaria y el empleo apropiado de los recursos. Por lo tanto, en el dominio de investigación que comprende la solución específica de problemas son importantes tanto la investigación clínica (con resultados en el paciente) como la investigación en los servicios de salud (con resultados en el ámbito del médico o el sistema). La investigación sobre enfermedades específicas, por lo general, no se limita a los investigadores de la atención primaria, sino que también las llevan a cabo otras disciplinas médicas. Sin embargo, las pruebas científicas que han de ser útiles para la atención primaria deben cumplir requisitos específicos en cuanto a condiciones (selección de pacientes), temas investigados y metodología. Este dominio de investigación incluye lo siguiente:

### Diagnóstico

- Estudios sobre razonamiento diagnóstico en un contexto de atención primaria sin selección, partiendo de los síntomas.
- Valores de diagnóstico/predictivos de la anamnesis, exploración clínica simple o pruebas diagnósticas sofisticadas.
- Enfoque secuencial de diagnóstico, que incluya las situaciones con signos de alarma
- Escalas de gravedad y sus consecuencias prácticas y clínicas.

### Tratamiento

- Continuidad entre la salud y la enfermedad: cuándo comenzar o interrumpir un tratamiento.
- Ensayos controlados aleatorizados en poblaciones típicas de atención primaria, que

contemplan la efectividad y la eficiencia.

- Cuestiones de seguridad, evaluaciones de riesgo y beneficio en población general.
- Tratamiento no farmacológico (esto es, psicoterapia, fisioterapia y medicina alternativa).
- Cuestiones de cumplimiento terapéutico u observancia de las prescripciones médicas, aceptabilidad, prioridades del paciente (superpuesta a la atención centrada en la persona y la asistencia integral).

### *Enfoques específicos para la resolución de problemas*

(superpuestos a la gestión de la atención primaria)

- Toma de decisiones por el médico general, toma de decisiones compartida y fijación de prioridades.
- Gestión de calidad y guías.
- Tratamiento de las enfermedades crónicas, multimorbilidad y cuidados sociosanitarios.
- Capacidades clínicas (comunicación, reconocimiento, psicoterapia y orientación familiar)
- Visitas domiciliarias.
- Gestión de la complejidad y la incertidumbre, conducta expectante, tratamiento empírico sin un diagnóstico confirmado.
- Problemas relacionados con grupos de pacientes o sexos específicos.
- Intereses especiales o locales en la medicina general o atención primaria.
- Genética/genómica.

### *Investigación en formación*

- Enseñanza a estudiantes y profesionales en formación.
- Formación médica continuada/desarrollo profesional.
- Evaluación de métodos para enseñar competencias en resolución de problemas clínicos en atención primaria, centrándose en efectividad y sostenibilidad.
- Investigación en herramientas para medir competencias clínicas y de resolución de problemas

Debido a la amplitud de este campo, la Agenda de investigación no puede abarcar en detalle todas las evidencias científicas o tan siquiera dar una visión general del estado de los conocimientos sobre cuestiones clínicas individuales. Es responsabilidad de la Cochrane Collaboration y de las numerosas organizaciones y sociedades científicas que trabajan en las guías destinadas a la atención primaria. Este Agenda tiene por objetivo destacar los puntos débiles o las características sistemáticas generales de los estudios efectuados en este campo. Por lo tanto, se han elegido enfermedades que pudieran servir de ejemplo, concretamente un dolor de garganta (una enfermedad aguda) y una insuficiencia cardiaca congestiva (ICC; una enfermedad crónica), para obtener y evaluar las pruebas pertinentes (a los fines de la atención primaria) y para estimar la contribución de la investigación en medicina general. Como ejemplos secundarios se emplearon la disuria/infecciones de las vías urinarias y la diabetes. Para definir los problemas clínicos relevantes para la atención primaria, se han identificado los problemas principales y las recomendaciones de las guías de alta calidad basadas en evidencias. Además, se intentó efectuar una revisión semicuantitativa muy somera de los temas de investigación para poder

identificar todos los temas bien cubiertos y los puntos en que falta información.

### Resumen de los resultados

#### Obtención y valoración de las publicaciones

En MeSH, los términos de síntomas con frecuencia se vinculan de inmediato a una enfermedad o un diagnóstico. Muchos estudios de medicina general o relevantes para la atención primaria no están clasificados con los términos MeSH «*family practice*» (medicina de familia) o «*primary health care*» (atención primaria de salud). Con frecuencia en los ensayos clínicos, el contexto exacto y el grado de selección de la muestra no están bien descritos y, por lo tanto, no es fácil verificar la validez externa o la relevancia para la medicina general, lo que puede ser problemático para los metanálisis o las revisiones sistemáticas. No hay consenso sobre la manera de juzgar la calidad y la relevancia de un ensayo controlado aleatorizado para la medicina general. Los autores de las revisiones sistemáticas pueden llegar a conclusiones contradictorias basándose en los mismos ensayos controlados aleatorizados, según la evaluación que hagan de la calidad, la validez externa y la relevancia. Un ejemplo es el debate en relación al valor de los fármacos para tratar la demencia (1, 2). Hay algunos intentos de establecer un sistema que permita valorar la calidad de los artículos de investigación, tales como los propuestos por SIGN o GRADE (3).

#### Temas de investigación predominantes en 2003 - 2008

Es posible que la causa del número sorprendentemente bajo, de alrededor de 500, de ensayos clínicos o ensayos controlados aleatorizados obtenidos con la búsqueda basada en MeSH para el periodo 2003-2008 fuera el hecho de que muchos artículos relevantes no estén clasificados con el término MeSH «*family practice*» (medicina de familia). El 70% de los artículos encontrados tenía resultados relacionados con el paciente, el resto se centraba en resultados relacionados con los médicos o el sistema. La mayor parte de la investigación (23%) trataba cuestiones del sistema sanitario o el sistema público. Otros temas frecuentes fueron los trastornos crónicos y agudos de las vías respiratorias (9%), la enfermedad mental (8%), la diabetes (6%), la insuficiencia cardíaca (5%), la hipertensión (3%), los niños (3%) o los trastornos urogenitales (3%).

La epidemiología en el ámbito del centro de salud o la comunidad, el registro de morbilidad, los estudios de prevalencia o la descripción de la atención actual son temas muy comunes, en su mayor parte con un enfoque transversal. Los diseños longitudinales o los estudios con validez externa son muy poco frecuentes (la cuestión se debatió también con más detalle más arriba, en el capítulo de gestión de la atención primaria).

#### Investigaciones sobre el razonamiento diagnóstico y las pruebas diagnósticas

La mayor parte de las búsquedas de síntomas por MeSH dieron resultados sobre diagnósticos y enfermedades: la mayoría de los términos de síntomas no son términos MeSH, sino relacionados a términos de enfermedades. Hay relativamente pocos artículos sobre la evaluación de síntomas y tratan temas muy específicos o síndromes (inespecíficos). Para los trastornos agudos, existen investigaciones sobre escalas clínicas o la utilidad y los valores predictivos de las pruebas diagnósticas aplicadas en consulta. Sin embargo, rara vez se evalúan por su valor añadido (como un aumento en la probabilidad positiva o negativa de una enfermedad) a la historia, los signos y los síntomas o se analizan en un contexto de un enfoque secuencial. En general, los enfoques de diagnóstico de los médicos generales basados en los síntomas o motivos de la consulta se reflejan poco en las publicaciones. Por ejemplo, casi no hay pruebas científicas que ayuden a los médicos generales a evaluar la presentación inicial de un dolor torácico, ya que la proporción de manifestaciones de

enfermedad grave (como el síndrome coronario agudo o la embolia pulmonar) es relativamente poco frecuente (< 15%, en comparación con un 50% en urgencias) (4).

En general, hay poca investigación sobre estrategias de diagnóstico: La mayoría de los estudios de diagnóstico se centran en técnicas por lo general sofisticadas o en pruebas analíticas efectuadas en áreas específicas. Faltan los estudios que aborden un razonamiento diagnóstico gradual o pruebas diagnósticas relevantes para la toma de decisiones del médico general y el posterior tratamiento. Los datos sobre valores predictivos de todo tipo de resultados o pruebas son escasos en el contexto de la atención primaria. Muchas pruebas no se han evaluado formalmente en este ámbito; es decir, se emplean contextos de prevalencia baja para el cribado en población general y, con frecuencia, se obtienen estimaciones poco realistas de elevada prevalencia en enfermedades crónicas. Este hecho es problemático ya que los resultados se utilizan para concluir que los médicos generales/de familia no detectan adecuadamente la enfermedad y muchos artículos recomiendan entonces cribados poblacionales con intención preventiva o para identificar los pacientes que deben tratarse. Este enfoque confunde por aplicar una estimación de prevalencia procedente de cribado poblacional a síntomas individuales (no enfermedades) para establecer la indicación de tratamiento.

### Investigación sobre tratamientos

Se ha hecho mucha investigación clínica y en servicios de salud relacionada con tratamientos. Puede encontrarse información sobre casi todas las cuestiones relacionadas con el tratamiento de enfermedades específicas. Sin embargo, se han realizado muy pocos ensayos clínicos controlados aleatorizados en el marco de la atención primaria; en cambio, abundan la investigación descriptiva, en forma de estudios transversales, con riesgo de presentar sesgos y validez externa limitada. En general, muchos ensayos clínicos controlados aleatorizados son relativamente pequeños; algunas veces no cuentan con la potencia suficiente para confirmar el objetivo principal y, con mayor frecuencia, para confirmar los efectos secundarios y tienen con bastante frecuencia problemas de aleatorización. Sin embargo, los estudios recientes suelen estar mejor diseñados. La mayoría de los ensayos controlados aleatorizados se ocupan de fármacos nuevos o costosos y estudian su eficacia en muestras pequeñas y seleccionadas de pacientes. A menudo los comparadores son inferiores a los ideales: algunas veces el tratamiento de control es deliberadamente subóptimo ya que se lo dosifica con una dosis baja o no es la mejor opción. Algunos ensayos de fármacos que obviamente han sido iniciados y promovidos por la industria farmacéutica tienen deficiencias en cuanto a la inclusión de pacientes, la aleatorización y/o el seguimiento. A menudo sus parámetros de valoración son indicadores indirectos de valor cuestionable. Es evidente la falta de ensayos iniciados por investigadores sobre fármacos ya establecidos, recetados con frecuencia y sin un potencial comercial importante y para los que no es posible encontrar patrocinadores en la industria. Muchos estudios tienen una validez externa limitada, en especial los que se centran en enfermedades crónicas (5). Con frecuencia existe un sesgo de selección en la inclusión de pacientes (esto es, se incluyen pacientes de clínicas que no exigen cita previa o de la atención secundaria o pacientes que tienen ventajas o desventajas en relación con el acceso a la atención). La mayoría de los pacientes incluidos en los ensayos son más jóvenes y más sanos que los pacientes de los médicos generales que padecen múltiples enfermedades crónicas y las mujeres están subrepresentadas. Faltan ensayos amplios, con utilidad práctica, que sean relevantes para la medicina general y estudien la eficacia de los tratamientos en un contexto cotidiano y en poblaciones típicas (6).

Existen muy pocos estudios que comparen varios tratamientos habituales o un tratamiento habitual con un placebo, o diferentes dosis del mismo fármaco o una duración óptima del tratamiento o cuestiones de seguridad. Por ejemplo, Little (7) y Hippisley-Cox (8) han efectuado estudios experimentales y observacionales modélicos. Aunque existe alguna investigación en tratamientos alternativos/complementarios, con frecuencia son de una calidad relativamente baja. El tratamiento no farmacológico es un tema de investigación poco frecuente. Existe muy poca investigación sobre o en relación con comorbilidades o multimorbilidades (9-12).

## Investigación sobre enfermedades crónica / gestión de enfermedades

La prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta a un ritmo constante, en parte como consecuencia del envejecimiento demográfico. Se estima que en los países desarrollados los médicos generales dedican la mayor parte de su tiempo de trabajo (hasta el 80%) a la atención de enfermedades crónicas (13). Una gran proporción de la investigación sobre resolución de problemas en las enfermedades crónicas se centra en estrategias simples de diagnóstico o terapéuticas, parámetros de valoración individuales (o incluso criterios de valoración indirectos), por lo que se pierden la complejidad de la atención primaria para los enfermos crónicos. Sin embargo, cada vez se acepta más que la atención de las enfermedades crónicas en consulta de medicina general necesita modelos integrados, integrales y estructurados (14, 15). Este punto de vista no se limita a los médicos generales/de familia. Por lo tanto, muchos estudios describen modelos de atención crónica o programas de tratamiento de la enfermedad estructurados que eluden al médico general o suponen que la «atención habitual» es un comparador deficiente. Muchos estudios experimentales han sido diseñados por especialistas o es el personal de enfermería el que suele administrar la intervención. La mayoría de estos estudios no son eficaces o muestran efectos marginales y el seguimiento suele ser breve (de 1 año como máximo). Es un problema adicional para la investigación en medicina general/de familia demostrar que la mayoría de estos modelos de asistencia sanitaria orientada a una rentabilidad máxima constituyen una nueva fragmentación del sistema de atención si descuidan el papel del médico general o de familia en la atención primaria. Varias revisiones proporcionan datos del valor de la atención primaria dirigida por el médico general para las enfermedades crónicas (16-18); este dominio de investigación se superpone con la «gestión de la atención primaria» y con la «atención integral».

## Investigación sobre toma de decisiones (compartida)

Muchos estudios están relacionados con la toma de decisiones de los médicos generales, en situaciones clínicas particulares (infección de las vías respiratorias altas, tratamiento de la depresión, etc.) de carácter predictivo, en el ámbito de la consulta, generalmente con diseño transversal. La investigación cualitativa explora los procesos o preferencias en la toma de decisiones por parte de los médicos. Métodos cualitativos o instrumentos de medida específicos (19) en satisfacción, preferencias, cumplimiento y compromiso del paciente, se utilizan para explorar su experiencia en la consulta en general, o en la toma de decisiones compartida en particular. Los resultados de estos estudios son muy variables. Una parte considerable de los pacientes estaban menos satisfechos con la toma de decisiones compartida que con un estilo de consulta clásica (más paternalista). Los pacientes que prefieren la toma de decisiones compartida suelen ser más jóvenes y tener una mayor formación o padecer trastornos crónicos. Algunos estudios indican que los pacientes que participan más en su propia atención evolucionan mejor. Hay múltiples estudios sobre los instrumentos o ayudas empleados para la toma de decisiones, en su mayoría relacionados con situaciones vinculadas a enfermedades específicas, ya sea para los médicos (como síntesis de la evidencia y apoyo electrónico para la toma de decisiones) o para los pacientes (es decir, materiales informativos). Algunos de estos estudios tiene un diseño observacional (en su desarrollo o en su implantación), mientras que otros aplican un instrumento específico, como una intervención, y lo comparan con los grupos de control (véase también el capítulo sobre investigación en formación).

## Investigación sobre la calidad de la asistencia

La investigación relacionada con la calidad de la asistencia y el desarrollo de la calidad en consulta son cuestiones abordadas desde el principio por los investigadores de medicina general/de familia (20-24). Las principales contribuciones, en parte como ensayos controlados o como revisiones sistemáticas y artículos conceptuales, las proporcionaron inicialmente en Europa los grupos de trabajo reunidos en Maastricht y Nijmegen (NL), Manchester y Leicester (UK) y otras posteriores se produjeron al amparo de la organización de redes europeas, como EQUIP

(25). Los principales campos de investigación y métodos de mejora de la calidad, relativos a capacidades específicas para resolver problemas fueron la revisión por pares, el ciclo de mejora de la calidad (26), la auditoría médica (27-29), el desarrollo y la difusión de guías (30, 31), la mejora de la adherencia a ellas (32, 33), la participación del paciente (34, 35) y los indicadores de calidad/marco teórico (como el modelo de calidad y resultados QOF en el Reino Unido) (36). Un conjunto enorme artículos trata de la solución de problemas específicos en calidad, por ejemplo, la mejora del cumplimiento terapéutico, la mejora del empleo de los resultados de las pruebas analíticas (37) o la optimización de las prescripciones mediante diferentes métodos como la formación médica continua, el benchmarking, la formación académica personal para la prescripción de medicamentos y el "feedback", etc. (38). Sin embargo, con bastante frecuencia y en particular cuando se efectúa en contextos de atención orientada a una rentabilidad máxima, la rentabilidad se presenta como un resultado principal en los estudios sobre remisión, tratamiento o prescripción o identificación sistemática.

La investigación sobre la calidad de la atención relacionada con el médico incluye estudios sobre los conocimientos, pero también sobre la competencia clínica y el rendimiento. Con frecuencia las guías o recomendaciones se emplean como patrón de referencia en estudios que tienen un enfoque de comparación de resultados, aunque originalmente estuvieran destinadas a facilitar la toma de decisiones. Muchos artículos relacionados con la enfermedad se ocupan de la diabetes, la depresión o los accidentes cerebrovasculares. Varios informes están dirigidos a los pacientes e intentan animarlos a llevar un estilo de vida más sano. Con bastante frecuencia se estudia la atención multidisciplinar o en equipo ya que es el problema de la atención en pacientes de elevada frecuentación. La mayoría de los estudios sobre «calidad de la asistencia» intentan demostrar la superioridad de una intervención específica en comparación con la «atención habitual» por omisión. Este enfoque suele dar una idea desfavorable sobre la medicina general. Sin embargo, la mayoría de los estudios empíricos solo comprueban un efecto de poca importancia (o incluso de ninguna importancia), lo que con frecuencia parece deberse a que los conceptos de mejora son insuficientes (p. ej., intervenciones solamente educativas). A pesar de la existencia de algunas revisiones importantes (23, 30), todavía no hay un marco teórico coherente sobre el fundamento y los efectos de las estrategias de mejora de calidad.

### Investigación sobre genética y genómica en la medicina general o de familia

Los artículos de investigación sobre genética y genómica en la medicina general/de familia o en la atención primaria de salud trataban, por lo general, de la visión de los médicos generales o, en algunas ocasiones, de los pacientes sobre las pruebas o servicios de orientación genética o sobre las intervenciones llevadas a cabo para aumentar su aplicación. Los médicos generales y los pacientes revelaron en su mayoría sentimientos ambivalentes que apreciaban la importancia y las posibilidades de la medicina genética, pero expresaban a su vez una preocupación sobre sus complejas implicaciones sobre el tratamiento de los pacientes y el efecto en sus familias. Los estudios sobre intervenciones observaron la aceptación de los servicios o actitudes, pero no sus consecuencias en la salud de los pacientes. Los resultados no fueron concluyentes (39, 40).

### Investigación en formación

Estas búsquedas obtuvieron un gran conjunto de artículos, entre ellos muchos metanálisis y ensayos controlados aleatorizados, de modo que solo puede proporcionarse una visión general somera. La mayoría de los estudios no se efectuaron en el contexto de la atención primaria o la medicina de familia; sin embargo, son relevantes para este contexto porque abordan los métodos de enseñanza y las intervenciones educativas destinadas a mejorar la competencia clínica. Las primeras experiencias en la atención primaria ayudan a los **estudiantes en medicina** a adquirir actitudes y capacidades profesionales que pueden afectar a las decisiones que tomen en relación con su profesión.

Las intervenciones educativas en el contexto del **desarrollo profesional continuo** (DPC) parecen tener un efecto pequeño a mediano en los conocimientos del médico; sin embargo, por lo general el

tamaño del efecto es pequeño en cuanto a cambio del comportamiento (lo que suele ser un obstáculo central para la mejora de la calidad) (41, 42), el rendimiento y la evolución de los pacientes (que se han estudiado con una frecuencia mucho menor) para muchos de los métodos educativos individuales. La difusión de los materiales y las lecturas didácticas, pero también de las observaciones no comentadas parece ser muy ineficaz (43, 44).

En cierto modo las **intervenciones** tienen más éxito cuando son interactivas, emplean métodos múltiples y están diseñadas para un grupo pequeño de médicos de una sola disciplina. Las intervenciones con facetas múltiples dirigidas simultáneamente a los médicos, los pacientes y otros interesados también parecen ser menos eficaces. Sin embargo, es esencial que las intervenciones estén bien adaptadas a los factores locales como el rendimiento actual de los médicos y las barreras para modificarlo (45). Incluso las intervenciones concebidas con esmero pueden no ser satisfactorias. El hecho de que en muchos sistemas sanitarios los estudios en calidad de la asistencia depende de participantes voluntarios puede introducir un sesgo. Estas prácticas autoseleccionadas pueden funcionar mejor al principio, pero también suelen aplicar mejor las estrategias experimentales que las prácticas medias.

Hay muy pocas publicaciones sobre la sostenibilidad de los efectos de la enseñanza o el aprendizaje, en particular sobre las intervenciones dirigidas a los médicos en ejercicio. Se necesitan investigaciones en desarrollo de herramientas para la evaluación de la formación.

### *Necesidades para futura investigación y metodología recomendada*

Los estudios descriptivos, transversales y los estudios de actitud no añadirán muchos conocimientos en la mayoría de los países y contextos. No obstante, cada vez se emplearán más registros amplios en atención primaria, incluidos en bases de datos válidas, (p. ej., QRESEARCH (46) para diseños no experimentales (por ejemplo, estudios epidemiológicos, investigación en asistencia sanitaria, eventos raros, etc.).

La futura investigación deben centrarse en

- Estudios epidemiológicos de alta calidad en atención primaria, sobre los motivos de la consulta, con una perspectiva longitudinal y recogiendo datos referidos a los episodios de atención.
- Estudios clínicos que traten síntomas y enfermedades comunes en la clínica diaria
- Ensayos controlados aleatorizados, pragmáticos, con pacientes no seleccionados de la práctica general y tratamientos que sean relevantes para atención primaria, incluyendo comparación de dosis, tratamientos ya establecidos y estudios sobre cuando interrumpir un tratamiento.
- Investigación, observacional y experimental, sobre razonamiento diagnóstico en contextos de atención primaria (con baja prevalencia). Deberían partir de las enfermedades y síntomas y tratar la incertidumbre y la complejidad empleando estrategias progresivas, como por ejemplo la conducta expectante, el tratamiento sintomático empírico, y centrarse en estrategias con escasa tecnología.
- Investigación con pacientes de atención primaria con multimorbilidad, enfermedades agudas y crónicas al mismo tiempo. Esto incluye investigación de las actitudes de los pacientes y los médicos sobre cómo establecer, clasificar y acordar prioridades o deseos específicos y revisar esta priorización periódicamente.
- Estudios observacionales y experimentales amplios que se centran en resultados en salud relevantes, problemas sanitarios menos comunes o aspectos de seguridad, por ejemplo, efectos adversos de los tratamientos.
- Investigación longitudinal, tanto observacional como experimental, con periodos de seguimiento amplios.
- Investigaciones sobre herramientas y de resultados específicos en medicina general/de familia

- Estudios con metodología mixta que midan las perspectivas y las preferencias de los pacientes, y cambios en el estado de salud a lo largo del tiempo.
- Investigación observacional y experimental sobre el impacto y la sostenibilidad de las intervenciones en formación.

## Enfoque integral

### Definición del dominio de investigación

De acuerdo con la definición de WONCA Europa, un enfoque integral incluye la capacidad de

- Tratar simultáneamente múltiples enfermedades y patologías.
- Promover la salud y el bienestar aplicando correctamente estrategias de prevención de la enfermedad.
- Gestionar y coordinar la promoción de la salud, su prevención, tratamiento, cuidados, atención paliativa y la rehabilitación.

La competencia principal y el dominio de investigación «enfoque integral» incluye, por lo tanto, dos aspectos: se centra en el tratamiento de la enfermedad (tratando simultáneamente enfermedades y patologías múltiples que comprenden problemas de salud agudos y crónicos), así como en la promoción del bienestar y la salud según el modelo biopsicosocial. Los médicos generales deben tratar y coordinar todos estos aspectos en una relación específica a largo plazo entre el médico general y el paciente.

Starfield (1) denomina «integralidad» a uno de sus componentes centrales y lo describe como la medida en que el profesional sanitario reconoce realmente todas las necesidades del paciente de la manera en que estas se presentan y ofrece una gama de servicios lo suficientemente amplia como para cumplir todas sus necesidades comunes.

Esto significa que el dominio de investigación «enfoque integral» incluye estudios sobre la promoción y la prevención de la salud, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de todas las enfermedades pero también la paliación. Ello exige que se consideren simultáneamente (todos) estos diferentes aspectos de la atención y requiere que la investigación, no esté vinculada a enfermedades específicas sino a grupos de pacientes o a temas sanitarios en todos sus aspectos.

### Resumen de los resultados

### Obtención y valoración de las publicaciones

El término MeSH «*comprehensive health care*» (asistencia sanitaria integral) se explica como aquella que proporciona una gama completa de servicios sanitarios individuales para el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación de los pacientes. Se trata de un término muy amplio; la atención primaria de salud y la atención centrada en el paciente aparecen como subtítulos, lo que da como resultado un problema de especificidad con esta búsqueda: se encontraron muchos artículos en los que la asistencia sanitaria integral no estaba definida como en el término MeSH individual o como se entendía en la definición del dominio de investigación. Cuando buscamos artículos con las palabras clave «*health services research*» (investigaciones sobre los servicios sanitarios) y «*comprehensive health care*» (atención sanitaria integral), encontramos muchos relacionados con la atención orientada a la comunidad. Por lo tanto, existe una superposición clara entre las diferentes búsquedas. Muchos de los artículos encontrados se centraban en la enfermería y no fueron relevantes para la medicina de familia. Estos artículos se excluyeron empleando la condición de búsqueda «*NOT nursing*» (NO enfermería).

### Resultados de la revisión bibliográfica

La mayor parte de la investigación sobre atención médica integral está relacionada con la atención o la prevención de una enfermedad específica, con frecuencia depresión/salud mental, alcoholismo (2, 3) o enfermedad cardiovascular, o con actividades específicas como la revisión sistemática o intervenciones complejas (psicoterapia [4-6], aplicación de un modelo de asistencia para las enfermedades crónicas [7] y modificación en el estilo de vida [8]). En relación con la prevención y la atención integral, no parece haber muchas investigaciones de calidad en la medicina de familia hasta la fecha. Con frecuencia, no se ha aclarado el contexto de los estudios y su relevancia para la medicina general. En consecuencia se obtiene una visión muy dispersa, con múltiples fragmentos de conocimiento que destacan situaciones muy específicas (con frecuencia sin definir bien el contexto de la atención), que no da como resultado una descripción adecuada de la integralidad en los términos definidos por la WONCA.

Existe una cantidad considerable de publicaciones sobre intervenciones en el estilo de vida para pacientes de la atención primaria con frecuencia clasificados con el término «*comprehensive*» (integral). Solo algunos de estos estudios se basan realmente en la atención primaria; con mayor frecuencia los llevan a cabo especialistas sobre muestras más o menos seleccionadas. Diversos metanálisis concluyen que la evidencia científica no confirma el efecto de intervenciones basadas en las etapas de cambio sobre los niveles de la actividad física. Con respecto a dejar de fumar solo se detecta una tendencia positiva sugerente de que este enfoque podría afectar el comportamiento (9). Se encontraron alguna evidencia positivos relativos a la ingesta de grasas en seguimientos acorto plazo y largo plazo. Los estudios individuales relativa a las intervenciones en el estilo de vida con frecuencia afirman que existen efectos positivos; pero, por lo general, son pequeños y están descritos por medidas de resultado indirectas o específicas de la enfermedad y abarcan solo aspectos muy limitados de la salud. En conclusión, la evidencia científica no respalda de manera demostrativa que las intervenciones en el estilo de vida modifiquen el comportamiento de la salud.

Las intervenciones preventivas de mayor alcance dirigidas a personas mayores se asociaron a una reducción de la mortalidad y a una mayor probabilidad de continuar viviendo en la comunidad (10, 11).

La atención paliativa también es una cuestión importante dentro de la atención integral. La mayoría de los estudios se centran en el tratamiento y lo llevan a cabo enfermeros investigadores. La buena comunicación que aborda tanto las necesidades del paciente como de la familia es un componente importante de una buena atención al final de la vida que está dirigida a mejorar la calidad de vida (12-14).

Muchos estudios relacionados con la gestión y la organización de la consulta se encontraron bajo el título de integral y atención primaria (15-19); sin embargo, la mayoría estaban comprendidos en el dominio de la gestión de la atención primaria y se consideraron en ese apartado.

Se encontró material limitado sobre **formación médica** para un enfoque integral (20-23). En una revisión sobre intervenciones educativas en la atención primaria, los autores concluyeron que solo hay 2 artículos que cumplen los criterios de una buena investigación en este campo. Uno de estos estudios fue realizado en Zambia. Casi toda la investigación con un enfoque integral es transversal o prospectiva, y su periodo de seguimiento es relativamente breve. En raras ocasiones se estudia la sostenibilidad y el efecto a largo plazo sobre el resultado sanitario objeto de estudio. Existe una carencia importante de metodologías y medida de resultados, al igual que estudios longitudinales.

Hasta ahora, hay poca evidencia que respalde esta competencia tal como la define la WONCA. El concepto de un enfoque integral en medicina general no está bien definido en términos aplicables al diseño de una investigación, aparte del indicador Starfield que, sin embargo, se emplea en raras ocasiones. No sabemos si los médicos de la atención primaria han comprendido correctamente el concepto y si los pacientes comparten este punto de vista y reconocen las actividades como atención integral. Casi no hay investigaciones sobre enfoques generalmente integrales hacia el paciente aparte de problemas médicos específicos. La atención «habitual» y «correcta» en medicina general (conforme a la definición) no se ha descrito adecuadamente de una manera práctica.

### [Necesidades para futura investigación](#)

Tal vez «integral» sea un concepto global que debería abarcar las otras cinco competencias. Es cuestionable si «integral» en conjunto puede ser el centro de una investigación. Para los fines de investigación, el concepto debe descomponerse en enfoques particulares y aspectos específicos de la integralidad que pueden ser objeto de investigación en sí mismos.

Pueden hacerse estudios sobre aspectos de la atención en medicina general incluyendo tanto las actividades curativas (enfermedad, tratamiento, rehabilitación) como las preventivas (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en los mismos pacientes. Faltan estudios y, por lo tanto, evidencia sobre la efectividad y la eficiencia de los modelos integrales de atención. Es necesario contar con una mejor comprensión del trabajo integral, «de todo tipo» que efectúan los médicos generales y una manera de reflejarlo en las historias clínicas electrónicas y las bases de datos de investigación. Sin embargo, todavía no contamos con instrumentos específicos de investigación y medidas de resultado o indicadores de integralidad.

Es necesario hacer más estudios que reflejen los contextos específicos de la atención primaria de salud, que estudien la efectividad y la coste-eficiencia de una atención integral, en la consulta de medicina general (o coordinada por él/ella) en situaciones específicas o dirigidas a grupos específicos:

- Promoción de la salud y programas de prevención de la enfermedad;
- Atención y seguimiento activo en situaciones de urgencia;
- Atención y seguimiento activo de los pacientes agudos y crónicos;
- Atención y seguimiento activo de los grupos de alto riesgo;
- Cuidados paliativos

### *Metodología de investigación recomendada*

- La investigación sobre aspectos específicos de un enfoque integral deben comenzar con una definición del aspecto preciso y la pregunta de investigación.
- Los estudios observacionales (aunque no los basados en encuestas) deben incluir las experiencias, actitudes y necesidades de los pacientes y los médicos que puedan ser útiles para aclarar aspectos específicos de un enfoque integral.
- Una metodología cualitativa es apropiada para aclarar este campo complejo y mal definido. Los instrumentos deben ser desarrollados y validados.
- Se necesitan diseños de investigación mixtos y estudios intervencionistas para evaluar la efectividad de aspectos más específicos de la asistencia integral.
- Los estudios longitudinales, tanto retrospectivos como prospectivos, son especialmente importantes para evaluar la efectividad y la sostenibilidad.
- En caso de planificarse estudios adicionales de intervención en el estilo de vida, debe estudiarse con atención la evidencia disponible para evaluar la originalidad y la validez externa del estudio previsto. Debe considerarse el valor añadido esperado a la atención integral «habitual» en la consulta general, además de su validez como comparador —teniendo cuidado del efecto genérico o Hawthorne.

## Orientación comunitaria

### Definición del dominio de investigación

Según la definición de WONCA Europa, la orientación comunitaria incluye la capacidad de reconciliar las necesidades sanitarias de cada paciente y las necesidades sanitarias de la comunidad, en equilibrio con los recursos disponibles. La presentación del paradigma de la medicina orientada a la comunidad comenzó con el trabajo de Kark en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado (1) y recibió una definición más estructurada durante los años ochenta del mismo siglo.

Según esta definición, en este dominio de investigación pueden incluirse los temas siguientes: las necesidades sanitarias que reflejan necesidades individuales en el contexto del entorno de una persona, así como las necesidades de salud de la comunidad y los posibles conflictos entre ambas. También incluye el proceso específico de toma de decisiones relacionado con el contexto y la cooperación con otros profesionales y organismos conforme a estas necesidades sanitarias. Estos dominios se superponen con otras competencias como la gestión de la atención primaria y el enfoque integral.

### Resumen de los resultados

La orientación comunitaria es una competencia bastante nueva. En las últimas décadas se han publicado diversos artículos de opinión, explicativos y descriptivos. Intentan definir el concepto de atención primaria orientada a la comunidad y describir su desarrollo (1-7). Sin embargo, en el idioma inglés el concepto de «*community*» (comunidad) incluye tanto entidades pequeñas, como por ejemplo una familia, como comunidades grandes como una escuela, una ciudad o un país. Este hecho hace que el concepto sea difícil de estudiar y que se superpongan los resultados de la investigación de salud pública y atención primaria. No es sorprendente que se hayan encontrado muchos informes narrativos y descriptivos: pseudoinvestigaciones sin resultados precisos. Algunos ensayos sobre necesidades de salud emplean una combinación de métodos de investigación cualitativos y cuantitativos, pero en general falta la investigación cualitativa. Hay pocos ensayos sobre la atención primaria orientada a la comunidad (APOC) y la mayor parte de los estudios carecen de grupos de control y de comparación. Hasta la fecha, los estudios se han centrado en cuestiones específicas, enfermedades, cribado, servicios preventivos, con frecuencia demasiado específicos o demasiado generales, casi ninguno con resultados relevantes relacionados con la medicina general. Por lo tanto, la mayor parte de la investigación actual de estudios basados en la comunidad no utiliza realmente un enfoque orientado a la comunidad (8-10).

Diversos estudios que abordan varios temas clínicos y de atención preventiva se basan en la comunidad/población pero no están orientados a la comunidad desde un punto de vista de la atención primaria (11). Abarcan enfermedades o problemas específicos que no corresponden a un modelo de atención centrado en el paciente ni orientado a la comunidad. Algunos artículos evalúan la aplicación del modelo APOC en comunidades locales específicas (12-13).

El enfoque APOC se estudia específicamente en los campos siguientes: atención geriátrica, atención materna y al recién nacido, atención psiquiátrica o enfermedades comunes (como la diabetes y la artritis). Por lo general, se centran en grupos minoritarios o desfavorecidos o en factores de riesgo y en la medicina preventiva (inmunidad, abandono del tabaquismo y odontología) y (14-25). Algunos artículos también describen métodos de tratamiento de la enfermedad en la APOC entre la atención primaria y las instituciones de la comunidad, la atención colaborativa y la remisión de pacientes por los médicos generales a diversos programas comunitarios (26-32). Hay mucha investigación en enfermería.

Se encontraron varios editoriales y ensayos sobre las necesidades de salud en el contexto de la atención primaria para grupos minoritarios o desfavorecidos, algunos con una combinación de métodos de investigación cualitativos y cuantitativos (33- 43).

En relación con la investigación en formación, existen varios estudios descriptivos sobre el adiestramiento de estudiantes en los que se refiere el contenido de los programas educativos o la experiencia de enseñanza, pero muy pocos evaluaron la docencia misma. La mayoría de los estudios fueron no controlados (44-51).

### *Necesidades para futura investigación*

Por lo tanto, las futuras investigaciones deben centrarse en:

- El desarrollo de instrumentos de investigación y medidas de resultado que reflejen diferentes aspectos de la orientación a la comunidad y su convergencia.
- La comparación de diferentes enfoques/modelos de atención primaria orientada a la comunidad, con resultados referidos tanto a las necesidades de salud individuales como las comunitarias.
- Los modelos de atención comunitaria para áreas específicas de la práctica clínica como cuidados paliativos y los programas contra la drogodependencia.
- Las tecnologías de la información en la APOC.
- La formación en APOC en relación con la evaluación de programas, instrumentos validados, con una metodología clara y un adecuado análisis estadísticos.

### *Metodología de investigación recomendada*

- Investigación de los instrumentos de medida.
- Estudios observacionales longitudinales.
- Estudios observacionales de cohortes que comparen diferentes enfoques/modelos; también en aspectos formativos.
- Estudios de diseño mixto.

## Enfoque holístico

### Definición del dominio de investigación

Según la definición de WONCA Europa, un enfoque holístico incluye la capacidad de emplear un modelo biopsicosocial que tenga en cuenta las dimensiones cultural y existencial.

Por tanto, el enfoque holístico puede definirse como «el cuidado completo de la persona en el contexto de sus valores, creencias familiares, su sistema familiar, su cultura y su situación socioecológica dentro de la comunidad a la que pertenece y considerando una gama de tratamientos basándose en la evidencia sobre sus beneficios y sus costes». Un enfoque holístico reconoce que los seres humanos son seres completos e íntegros más que agregaciones de órganos separados y que las enfermedades tienen diversos componentes dinámicos (1-3).

Otro aspecto de un enfoque holístico es la cuestión de la complejidad. Las personas, las organizaciones, los grupos sociales y la sociedad tienen características de sistemas adaptativos complejos (4). Este fenómeno es evidente en la investigación clínica y en la medicina general. Cuanto más directamente participe el paciente o el profesional sanitario en la intervención, más sofisticado tiene que ser el diseño del ensayo para tener en cuenta la influencia individual en el resultado (5). De modo que una mejor comprensión de los sistemas complejos puede, por ejemplo, facilitar también la interpretación de los resultados de los ensayos clínicos y de las pruebas diagnósticas. Las cuestiones éticas se consideran una parte importante del enfoque holístico a la salud y la atención sanitaria.

El dominio de investigación debe incluir estudios sobre la eficacia de un modelo biopsicosocial aplicado a la atención, la complejidad, la competencia cultural y la ética.

### Resumen de los resultados

Casi todos los artículos encontrados con la búsqueda son de opinión o revisiones no sistemáticas (6-10). Prácticamente no hay trabajos de investigación científica. La mayoría de los artículos están relacionados con la enfermería y un número considerable sobre medicina alternativa, un tema que parece estar asociado al enfoque holístico. Pocos artículos tratan la «atención holística» de diversas enfermedades, pero con frecuencia la definición no parece seguir la definición conceptual de WONCA Europa. Sin embargo, muchas de las revisiones y artículos de opinión están de acuerdo en que el enfoque holístico es importante y valioso y que los profesionales sanitarios y los pacientes tienen perspectivas similares sobre esta cuestión. Los profesionales sanitarios y los pacientes de muchos países parecen compartir un punto de vista holístico de la atención, pero esta visión no se ha trasladado a los resultados medidos. Sin embargo, la ICPC proporciona la posibilidad de codificar los problemas sociales además de los psicológicos, que se presentan o se tratan, por lo que puede emplearse como un indicador para un concepto holístico. No obstante, en la práctica clínica diaria en atención primaria con frecuencia reivindican la adopción de un enfoque holístico. Desde un punto de vista teórico o por consenso generalizado parece que un enfoque holístico, que incluya el concepto de complejidad, se vuelve incluso más importante cuando la población presenta enfermedades más crónicas. Para poder alcanzar a un concepto más amplio de salud y bienestar, la atención requiere una visión del paciente holística, integral y centrada en el paciente. Se ha postulado que el enfoque holístico mejora la satisfacción del paciente, su capacidad de afrontamiento y probablemente su salud, aunque por el momento no existen resultados de investigación que lo respalden.

Sin embargo, se han investigado algunos aspectos del enfoque holístico: existe un número limitado de artículos que estudian el concepto de competencia cultural en profundidad,

además de los factores que la afectan, los obstáculos en la práctica, los instrumentos de medida y los modelos de aplicación (es decir, los programas que se centran en la competencia cultural) (11-18).

Existen algunos artículos que se centran en la complejidad y observan las barreras y los facilitadores del cambio en la asistencia sanitaria como un fenómeno complejo. Esas investigaciones también demuestran que la metáfora de eliminar barreras para el cambio tiene un efecto limitado en un contexto «complejo» en el que no se aplica una cierta directriz o programa (19).

En conclusión, el concepto del enfoque holístico sigue estando mal definido y casi nunca es un tema de investigación. Todavía no se cuenta con una definición clara disponible en términos prácticos y con instrumentos validados para medirlo. Casi no hay investigaciones sobre sus implicaciones o resultados.

### *Necesidades para futura investigación*

Por lo tanto, las futuras investigaciones sobre un enfoque holístico, si las hubiere, deberían centrarse en

- Definir claramente el enfoque holístico o seguir explorando si tal enfoque por parte de la medicina general/de familia es un mito popular o una realidad que puede describirse o medirse.
- Explorar qué tipo de necesidad se expresa en el abordaje de la atención holística y en las demandas de medicina alternativa.
- Identificar los posibles componentes/aspectos que pueden estudiarse y desarrollar resultados e instrumentos para medirlos.
- Entender las circunstancias sociales, culturales y ambientales que pueden tener un efecto en diferentes aspectos de la salud.
- Evaluar la efectividad de un enfoque holístico, y más específicamente la competencia cultural y un modelo de atención biopsicosocial, en lo relativo a la satisfacción y a los resultados en salud correspondientes.
- Métodos efectivos para formar a los médicos generales para que apliquen un enfoque holístico, concretamente para dotarlos de competencia cultural y de abordaje de los problemas sociales, si se demuestra su valor.

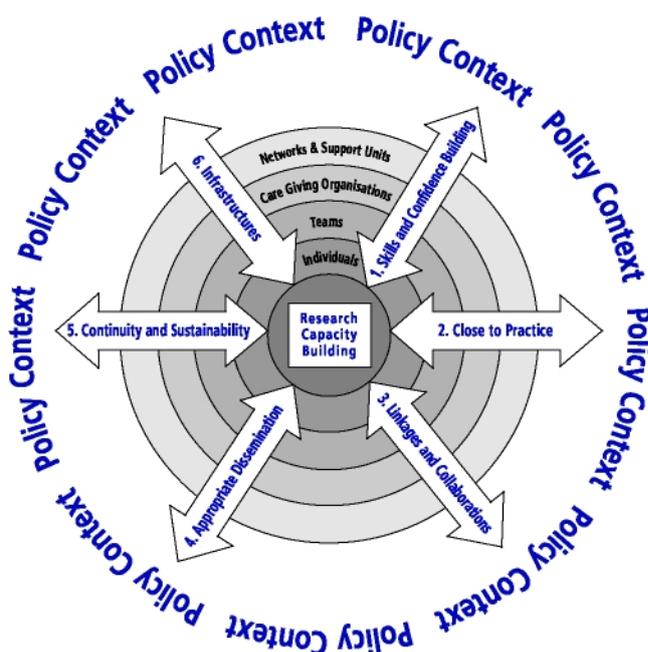
### *Metodología de investigación recomendada*

- La investigación cualitativa parece ser adecuada para abordar este campo complejo y mal definido.
- Investigación de instrumentos de medida en este dominio
- Es posible que se necesiten estudios observacionales y comparativos posteriores para evaluar la eficacia.
- Es probable que los estudios longitudinales de metodología mixto proporcionen oportunidades para analizar la complejidad e interacción propias de la medicina general/de familia y la atención primaria.

## Cómo comenzar una investigación en medicina general/de familia en un país con baja capacidad o recursos limitados

El objetivo de este manual es aconsejar a los países que están en un proceso de desarrollo de su medicina general y/o de familia que tienen poca o ninguna experiencia o capacidad de investigación en medicina general (y posiblemente poca infraestructura):

- Cómo empezar y cómo no empezar
- Cuáles son los errores clásicos que deben evitarse
- Entender qué implicaciones tiene su elección



Los seis principios de desarrollo de competencias (fig. 1 tomada de [1]) son fundamentales para este aspecto de la Agenda de investigación, incluido el ámbito de la red de investigación: individual, local/ institucional, nacional o internacional. En todos los ámbitos de investigación deben aplicarse los mismos principios, pero de acuerdo con la situación en el país.

### Identificación de las necesidades de investigación en el país y establecimiento de una lista de prioridades

Cuando se comienza a desarrollar la capacidad de investigación, es necesario contar con una visión general de la situación actual en el país. Esta visión general proporciona un panorama de los proyectos en curso y oportunidades de encontrar temas innovadores y estrategias de investigación adecuadas para el sistema sanitario en cuestión.

Para concluir, es necesario contar con una descripción de

- La organización del sistema sanitario.
- El estado de la investigación en atención primaria en el país.

- Los datos disponibles sobre morbilidad, población y necesidades sanitarias.

### **Elección del tema de investigación**

Para elegir un tema de investigación, es necesario hacerse la siguiente pregunta: ¿qué supone un problema en la práctica clínica diaria y qué es relevante en atención primaria? Otros factores son los temas de interés del entorno. Es preciso formular un plan a largo plazo con objetivos de investigación claros para la unidad de investigación (red local, departamento académico). Esto significa fortalecer la sostenibilidad y la continuidad. El tercer factor se refiere a los recursos, entre ellos los recursos humanos necesarios para el proyecto y las posibilidades de financiación. En general, es aconsejable que la investigación necesitada en atención primaria se focalice en las competencias esenciales de la medicina general más que en cuestiones muy generales o muy especializadas. La investigación en medicina general/de familia debe ser relevante, original y factible.

#### **El proyecto de investigación previsto:**

##### **¿Es relevante para la medicina general, los pacientes, el contexto y el país?**

- ¿Es atención primaria o medicina general?
- ¿Es específico para el contexto del país?
- ¿Dónde pueden lograrse las mayores mejoras?
- ¿Son los resultados del estudio útiles y aplicables en el ámbito de la práctica, en la formación, en la política de los servicios de salud?

##### **¿Es original, no repetitivo?**

- Evaluar, mediante una búsqueda bibliográfica exhaustiva, si la investigación no se ha efectuado anteriormente.
- Repetir estudios en un contexto local o sobre una cuestión a investigar específica del contexto, pero no intentar hacer estudios muy generales o amplios relativos a una enfermedad.

##### **¿Es factible en el contexto y con los recursos con los que se cuenta?**

- ¿Es posible establecer equipos de investigación?
- ¿Están disponibles los recursos económicos necesarios?
- ¿Es posible crear una red de unidades de investigación (consultas, centros sanitarios)?
- ¿Podría ser aprobado el proyecto de investigación por el comité de ética?
- Si el tema de investigación y la metodología son factibles en el contexto concreto en relación con los aspectos siguientes: aspectos religioso, social, cultural
- ¿Es posible obtener un tamaño de muestra adecuado para la prevalencia de la enfermedad y los resultados?

### **Elaborar un buen plan de investigación**

Para comenzar, un proyecto de investigación debe formularse con un protocolo de investigación correcto, siguiendo los pasos siguientes.

Formular un **objetivo** claro para su estudio y un **tema de investigación** para el que pueda encontrarse una Metodología de investigación recomendada:

- Definir los parámetros de interés.
- ¿Cómo establecer una red de trabajo? (consultas, centros de salud, pacientes, apoyo material y logístico)
- ¿Qué habilidades se necesitan?

- ¿Qué materiales se necesitan?
- Calendario (¡es preciso ser realista!)
- Financiación
- Estrategias para ponerlo en práctica

#### **Errores comunes en la elección del tema y la preparación del plan de investigación**

- Elegir un tema clínico o relacionado con la enfermedad demasiado amplio o complejo y/o sin poseer la experiencia necesaria en este campo.
- Subestimar la importancia de un tema bien focalizado y específico.
- Ser demasiado ambicioso en la elección de los proyectos de intervención destinados a «cambiar el mundo» en lugar de proyectos pequeños para el ámbito del consultorio o local.
- Sobreestimar el potencial de los datos que pueden obtenerse.

Elegir **la Metodología de investigación recomendada** decidiendo, en primer lugar, si se emplearán **métodos cuantitativos o cualitativos**. Utilizar instrumentos validados y evitar construir cuestionarios propios, si es posible. Si no se dispone de instrumentos o cuestionarios adecuados, emplear partes de instrumentos o investigaciones previas y efectuar un estudio piloto o un procedimiento de validación. Los ensayos controlados aleatorizados y los ensayos clínicos clásicos son muy difíciles y caros; aquí la originalidad puede ser un problema importante. Si el objetivo de un proyecto de investigación es mejorar la calidad de la práctica, se puede necesitar un diseño muy complejo que, con frecuencia, es muy difícil de lograr. Las iniciativas pequeñas de calidad (auditoría) pueden mejorar la calidad de la atención local pero rara vez son originales como proyecto de investigación. Los requisitos de una investigación cualitativa son la necesidad de un buen tema de investigación, la elección de una técnica adecuada y de un plan de análisis realista. Es preciso tener en cuenta que los conceptos y las hipótesis resultantes de una investigación cualitativa no pueden generalizarse a toda la población

#### **Errores comunes en la investigación cuantitativa**

- Resultados erróneos/irrelevantes/indirectos (esto es, satisfacción, actitudes en lugar de comportamiento real, medidas biomédicas como resultados intermedios de relevancia limitada).
- Instrumentos equivocados/sin validez, cuestionarios elaborados internamente y no validados.
- Errores en el cálculo/estimación del tamaño de muestra. Estudios de intervención: fallos en la comparabilidad de los diferentes subgrupos en la situación basal (edad y sexo no siempre son suficientes).
- Efectos de una selección negligente, que sobrestima la posibilidad de generalización.
- Escasa atención a otras fuentes de error.
- Estadística/ análisis inadecuado.
- Sobreestimación de los datos.

#### **Errores comunes en la investigación cualitativa**

- Pregunta de investigación pobremente formulada
- Técnica errónea (tener en cuenta el contexto local)
- Muestreo inadecuado
- Ser demasiado superficial en el abordaje
- Ausencia de definición del método de análisis
- Extraer conclusiones cuantitativas de datos cualitativos
- Ausencia de abstracción, sobresaturación de referencias
- Defensa de una elevada generalización

### Crear un equipo de investigación

¿Quién está participando en el equipo de investigación y el grupo coordinador del estudio? Es necesario encontrar gente con experiencia que brinde apoyo y haga comentarios. ¿Qué tiempo pueden dedicar usted y los demás a la investigación?

Es necesario **el trabajo en red** para crear un buen **equipo de investigación**. Quienes sean investigadores que trabajan solos en su propio consultorio o centro de salud deben buscar otros colegas de su entorno o el apoyo de una facultad o departamento universitario. Si esto no es posible, podrá llevar un proyecto de mejora de la calidad en la consulta, pero esto no es un «proyecto de investigación». Para generar una capacidad de investigación más amplia, debe establecerse, si es posible, una red con otros centros o departamentos de la universidad (estadística, ciencias sociales, enfermería y farmacia). Esta red da la oportunidad de investigar diferentes aspectos de la atención primaria.

Busque apoyo nacional e internacional y trate de encontrar expertos procedentes de la práctica asistencial. Localizar personas, por ejemplo por Internet, del ámbito (inter)nacional que estén interesadas en temas y metodologías similares (la formación de redes de comunicación dedicadas a la investigación cualitativa existen en algunos países y sin duda también para otras metodologías y temas de investigación). Las redes/organizaciones internacionales como EGPRN proporcionan una buena manera de establecer contactos con esos investigadores.

Por último, se necesitan estrategias de inclusión de individuos para la investigación (pacientes, médicos u otros cuidadores).

#### **Cuestiones prácticas para organizar una red de investigación (de médicos generales, consultorios, centros de salud...)**

- ¿Cómo incluir participantes? Cómo formar una red de investigación de consultorios que sea sostenible. Dedicar cierto tiempo a esta tarea.
- Permitir que un «colega» médico general participe en el equipo de investigación. Él o ella podrán motivar la participación de otros médicos generales.
- Proporcionar una formación adecuada a quienes participen en el proyecto de investigación.
- Motivar a los participantes: comentar con ellos los resultados, valorar sus aportaciones, ofrecerles una red /grupo de apoyo y, lo que es más importante): se les debe demostrar cuales son los posibles beneficios para la calidad de su trabajo y para sus pacientes.
- Buscar entre los profesionales locales que asisten a los congresos, ya que es más probable que estén interesados en la investigación.
- Hacer una búsqueda en una base de datos o ponerse en contacto con un directorio de médicos generales que hayan participado en proyectos anteriores (si es posible con más información sobre experiencia, actividades...)

### Desarrollar capacidades y asistir a cursos de investigación

Es preciso hacer un resumen breve de las capacidades de investigación necesarias para su proyecto, posiblemente con la ayuda de un experto, y planificar si se necesita financiación adicional. A largo plazo, se debe hacer un esfuerzo para garantizar que las capacidades de investigación sean parte de la formación médica, tanto en el ámbito de la enseñanza universitaria previa a la licenciatura como en el desarrollo profesional continuo.

#### **Posibilidades de mejorar las capacidades de investigación**

- Cooperar con departamentos universitarios (esto es, estadísticos, sociólogos y otros departamentos de medicina general o de familia).

- Organizar un curso de metodología de investigación e invitar personas que vivan en el extranjero.
- Participar en cursos de investigación existentes (por ejemplo EGPRN).
- Aprender de los comentarios sobre los congresos.

### *Pensar en condiciones facilitadoras*

Se ha comprobado que los siguientes factores facilitan la investigación en medicina general/de familia. Debe intentarse comprobar si existen y pueden incorporarse a la estrategia:

#### **Condiciones que facilitan una buena investigación en medicina general o de familia**

- Sistema de registro, buenas historias clínicas electrónicas.
- Un comité de ética que trabaje con seguridad.
- Acceso a (los textos completos de) las publicaciones científicas.
- Selección adecuada de fuentes de financiación, conocimiento de posibilidades de financiación

#### **Factores que facilitan la difusión y la aplicación de los resultados de investigación**

- Revistas, posibilidades de publicación, difusión, contactos.
- Congresos en los que presentar la investigación.
- Colegios/sociedades científicas.
- Representación académica, departamentos universitarios.

## Conclusión y discusión

### Conclusión

Nuestra estrategia de investigación se ha estructurado en torno a las competencias formuladas en la definición europea de la medicina general o de familia (1). Las diversas competencias principales de la definición de la medicina general o de familia de WONCA Europa parecen diferir en lo relativo a las evidencias en que se basan. Algunos dominios y aspectos cuentan con un conjunto amplio de investigaciones; mientras que otros están poco cubiertos y requieren que se hagan muchas más. En los 6 dominios de investigación se han formulado objetivos para futuras investigaciones y se proponen metodologías adecuadas de investigación. Estos objetivos se enumeran en el recuadro siguiente, representan los temas que, hasta la fecha, se han investigado menos y, de este modo, proporcionan una agenda para futuras investigaciones en medicina general o de familia.

### Agenda para futura investigación

### Agenda para futura investigación

- Mejor comprensión y definición clara de cada competencia o dominio (o componentes del mismo).
- Desarrollo y validación de instrumentos y resultados medidos para cada competencia o dominio (o componentes del mismo) que tengan en cuenta su complejidad y sus interacciones.
- Desarrollo de métodos de formación teórica y práctica para los componentes de las diferentes competencias en medicina general o de familia y evaluación de su eficacia, incluido el impacto en salud y los resultados en el corto y el largo plazo (sostenibilidad).
- Estudio de las percepciones, perspectivas y preferencias de los pacientes y los médicos en relación a componentes o aspectos específicos de cada dominio de investigación (por ejemplo: cuestiones de gestión del consultorio, comunicación, compromiso y elección del paciente).
- Evaluación de la efectividad y la eficiencia de un enfoque centrado en el paciente, un enfoque integral, un modelo de atención biopsicosocial y la atención sanitaria orientada a la comunidad (en comparación con un enfoque biomédico y especializado), incluyendo diferentes modelos o estrategias de gestión. Deben estudiarse en poblaciones con diferentes contextos culturales, sociales o geográficos.
- Desarrollo de bases de datos de atención primaria como infraestructura básica tanto para la atención sanitaria como la investigación, incluido el estudio y mejora de la utilidad y la validez de los datos de las historias clínicas electrónicas en la medicina general o de familia.
- Efectuar estudios epidemiológicos longitudinales de alta calidad en el marco de la atención primaria y sobre la evolución de las enfermedades con el transcurso del tiempo, que tengan en cuenta resultados medibles tanto clínicos como funcionales y de calidad de vida. Estos estudios deben basarse en bases de datos de atención primaria que incluyan tanto los motivos de la consulta/diagnósticos del episodio como medidas acerca de diagnósticos, resultados funcionales y de calidad de vida.
- Además, intentar entender cómo las circunstancias sociales, culturales y medioambientales influyen las diferencias entre las poblaciones.
- Realización de estudios clínicos en atención primaria que traten sobre síntomas y enfermedades comunes en la práctica clínica, en pacientes no seleccionados en el ámbito de la medicina general/de familia. Esos estudios deben abordar también el razonamiento diagnóstico (partiendo de las enfermedades y síntomas y abordando la incertidumbre y la complejidad, usando estrategias progresivas, incluyendo observación expectante y el tratamiento sintomático, o centrándose en métodos de diagnóstico simples o realizables en el punto de atención) y ensayos terapéuticos que incluyan la comparación de tratamientos conocidos, ensayos con interrupción del estímulo (*stop-trials*), estudios de seguridad e intervenciones no farmacológicas)
- Exploración de las implicaciones de la multimorbilidad o de aspectos curativos y preventivos de la atención en estos pacientes.

La mayoría de los artículos encontrados durante la revisión bibliográfica fueron estudios descriptivos, análisis de intervenciones de corto plazo e investigaciones iniciadas por hospitales o especialistas en lugar de estudios conducidos en el ámbito de una comunidad (más o menos bien definido). Una cantidad considerable de artículos fueron revisiones no sistemáticas o artículos de opinión. Por lo tanto, al resumir los resultados de las diferentes competencias o dominios, se formuló una lista de recomendaciones de metodologías adecuadas para futuras investigaciones en medicina general o de familia.

## Metodología de investigación recomendada

### Metodología de investigación recomendada

- Los estudios deben medir resultados sanitarios relevantes o evaluar la calidad de vida en lugar de centrarse solo en la satisfacción del paciente, la aceptación del servicio o (bio)marcadores indirectos.
- Las encuestas descriptivas transversales (estudios de actitud) o las revisiones de historias clínicas no añaden muchos conocimientos en la mayoría de los países y contextos. Sin embargo, los estudios observacionales pueden ser muy útiles para abordar un nuevo tema o contexto de investigación.
- Los estudios cualitativos son importantes para evaluar las perspectivas y las preferencias de los médicos o los pacientes, abordar la complejidad, explorar cuáles son los resultados sanitarios relevantes y como un primer paso para elaborar instrumentos de medición.
- Los ensayos controlados aleatorizados (ECA) pueden proporcionar pruebas de alto nivel sobre el tratamiento u otras intervenciones si son originales y externamente válidos (en cuanto a los efectos de selección y sesgo).
- En los estudios de intervención debe considerarse detenidamente el valor añadido esperado a la atención «habitual» en un consultorio de medicina general (y su validez como comparador). En especial, cuando se planifican estudios sobre intervenciones en el estilo de vida o mejoras en la calidad de la atención, deben revisarse exhaustivamente los datos ya existentes para valorar la originalidad y la validez externa.
- Los estudios prospectivos de cohortes o los estudios de casos y controles pueden ser buenas opciones para evaluar el riesgo o los efectos o para aplicar modelos de atención o programas educativos.
- Los estudios longitudinales son importantes para evaluar la atención continua e integral y la sostenibilidad de los efectos de las intervenciones.
- Con frecuencia son útiles los métodos mixtos para estudiar un tema desde diferentes ángulos o perspectivas: medir/observar qué sucede (y cuánto) y explicar las razones.

En algunas competencias esenciales, la falta de investigación es particularmente sorprendente. Hay muy pocos datos sobre las ventajas de un enfoque integral y holístico en la medicina general o de familia (en comparación con el enfoque biomédico o especialista). En relación con el enfoque holístico, existe una dicotomía entre la falta evidente de investigación y evidencias y el acuerdo de algún modo implícito de su importancia como elemento esencial para la medicina general o de familia. Por lo tanto, WONCA Europa debe reflejar y reconsiderar el concepto y su estado como competencia esencial.

El «enfoque integral» está ligeramente mejor definido, pero también es evidente la carencia de investigaciones y datos. De hecho, el concepto parece ser más amplio y tener una calificación mayor que las otras competencias. En realidad, el término MeSH «*comprehensive health care*» (asistencia sanitaria integral), definido como la prestación de una gama completa de servicios sanitarios personales para el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación de pacientes, tiene como subtítulos «*primary health care*» (atención primaria de salud) y «*patient-centred care*» (atención centrada en el paciente). Tal vez debiera abandonarse el «enfoque integral» como competencia central aparte. En una versión actualizada de la definición de la WONCA de la medicina general o de familia y el programa de enseñanza y formación de la EURACT, es posible que WONCA Europa desee reflexionar sobre la multidimensionalidad de los elementos centrales de la medicina general/de familia y considerar un modelo en el que un enfoque integral y, posiblemente, la atención centrada en la persona aparezcan como aspectos transversales.

## Discusión de la metodología

Las competencias esenciales de la definición europea se emplearon para estructurar la revisión bibliográfica y el texto de la Agenda europea. En la definición de los dominios de investigación relacionados con ellas, se consideraron las 11 características de la disciplina por igual; estas características se tratan en el documento, aunque no en capítulos individuales. No obstante, este marco no es la única manera posible de estructurar una agenda y puede ser considerada poco habitual. Existen diferencias considerables entre el enfoque basado en la definición europea y la manera en que la investigación se desarrolla normalmente. Cuando se planifican los proyectos de investigación, se eligen los temas localmente teniendo en cuenta los intereses locales, cuestiones específicas e incentivos. Gran parte de la investigación encontrada con la búsqueda se realizó para responder a preguntas específicas, con frecuencia locales, sobre problemas clínicos o aspectos de la organización o la mejora de la atención. Por ello, las publicaciones científicas brindan un panorama bastante disperso y variado que contrasta con la visión implícita en las características y las competencias de la definición de WONCA Europa y es incompleta en muchos de sus aspectos. Una estructura alternativa, que implica diferentes estrategias de búsqueda bibliográfica (basada en temas de investigación individuales, por ejemplo, tratamiento de una enfermedad o eficacia de una intervención preventiva definida, o que compara sistemas de salud nacionales) habría dado más resultados o resultados más exhaustivos sobre cada uno de los temas. Sin embargo, habría sido imposible abarcar todo el campo de la medicina general o de familia de esta manera. Además, cada enfoque elegido habría presupuesto una cierta visión de la disciplina, que probablemente no sería igualmente aceptable o relevante en todas partes de Europa. Por lo general se acepta la definición europea de la medicina general o de familia, que resume los aspectos esenciales de la disciplina y de esta manera proporciona un marco factible y relevante para la Agenda de investigación. Como se pretendía, informa sobre las evidencias en que se basa la definición europea y está asociado al programa de enseñanza de la EURACT.

Esta Agenda investigación está fundado principalmente en una búsqueda bibliográfica amplia y una revisión de las actividades de investigación de la EGPRN y lo respaldan entrevistas y talleres con la participación de informantes clave. Para la revisión bibliográfica, se empleó PubMed como motor de búsqueda principal; no se hicieron búsquedas sistemáticas en otras bases de datos como Embase y ERIC. Este enfoque excluyó muchas publicaciones nacionales de medicina general o de familia. Sin embargo, el grupo de autores era multinacional y se servía de su experiencia y conocimientos expertos y de su visión general de la bibliografía local y no publicada en revistas científicas. Para elegir y valorar la bibliografía en cada dominios, los autores no emplearon una lista de comprobación para evaluación sistemática de calidad ni un procedimiento totalmente idéntico. Simplemente no era factible o adecuado. Sin embargo, se aplicaron criterios generalmente aceptados para seleccionar y valorar los artículos de investigación, según se describió en la selección de resúmenes (abstracts) de la EGPRN (u otros congresos), procedimientos de revisión científica externa de las revistas de investigación o una valoración crítica de la bibliografía. Varios miembros del grupo de los autores revisaron y comentaron varias veces la mayor parte de las búsquedas, valoraciones y resúmenes de la bibliografía hasta que se llegó a un acuerdo.

Los términos MeSH demostraron estar muy mal adaptados a los artículos de la bibliografía de medicina general en los niveles taxonómicos y de catalogación. No todos los estudios que se declaran como ensayos controlados aleatorizados o metanálisis lo eran realmente. Por lo general, los términos de síntomas estaban asociados a una enfermedad o un diagnóstico inmediato. Muchos estudios de medicina general o de familia o relevantes para la atención primaria no estaban clasificados con los términos MeSH «*family practice*» (medicina de familia) o «*primary health care*» (atención primaria de salud). Sin embargo, muchos estudios iniciados por especialistas se consideraron relevantes para los médicos generales o estaban calificados como tales pero en realidad no lo eran. Por el contrario, algunos estudios aparentemente especializados publicados en revistas especializadas eran muy relevantes para la medicina general o de familia, pero no siempre se pudieron identificar con facilidad. En cualquier búsqueda basada en MeSH hay una compensación entre un enfoque sensible, que da un gran número de resultados inespecíficos, y estrategias de búsqueda muy sofisticadas que aún no se han refinado totalmente

pero que excluyen mucha bibliografía que posiblemente sea relevante. Esta circunstancia es especialmente problemática en un campo de investigación en el que se superponen de manera considerable los enfoques de los médicos generales y los especialistas, esto es en la investigación clínica. Para algunos dominios de investigación, los términos MeSH son muy amplios y no se correlacionan bien con la definición de WONCA Europa.

### *Discusión relativa a otras publicaciones sobre investigaciones en medicina general o de familia*

La definición europea de medicina general o de familia ha sido importante para dar forma a la disciplina, delinear sus contenidos y dominios de investigación y su papel para el siglo XXI. Sin embargo, hasta la fecha, no se había alineado sistemáticamente con las pruebas científicas (2). Esta Agenda empleó la definición para proporcionar información sobre el estado actual de las evidencias científicas y las necesidades de investigación relacionadas. Los resultados, es decir las prioridades de investigación propuestas junto con las metodologías adecuadas para su estudio, deben ser aplicables en la mayoría de los países europeos y posiblemente también en los países no europeos, si se tienen en cuenta los aspectos de la capacidad de investigación.

En 1966, Mc Whinney describió por primera vez el dominio de investigación de la medicina de familia. Presentó la epidemiología de las enfermedades de la atención primaria, los aspectos clínicos de esa evaluación de los síntomas y los signos o pruebas de diagnóstico y los aspectos psicosociales (3). En las décadas siguientes, se añadieron a este programa las estrategias clínicas y se lo centró en la familia y en la investigación en métodos educativos, servicios sanitarios y estudios relacionados con las políticas sanitarias (4-8). A principios de los años noventa del siglo pasado, se hizo hincapié en la importancia de investigar la perspectiva del paciente, además de la visión del médico, y también en la relación entre el médico de familia y el paciente y su familia. También se destacó la responsabilidad de los médicos de familia con respecto a la comunidad (9, 10).

Desde 2000, varios artículos de opinión y algunos artículos de investigación han contribuido a este debate. Diversos expertos han pedido una Agenda de investigación para aclarar y fijar las prioridades de las necesidades de investigación en medicina general o de familia (11, 12) y proporcionar su contribución específica como ciencia (2) y a la atención y la política sanitarias (13-15).

Varios artículos han evaluado situaciones específicas o locales. Investigadores de Estados Unidos han estudiado la posición de los médicos generales o de familia en comparación con otros especialistas cuando solicitan financiación para la investigación (16, 17); o la capacidad de investigación reflejada en el número de profesionales en formación o los profesores de los departamentos de medicina de familia (18, 19). Carter y Kernick han evaluado el resultado de los programas de promoción de la investigación en medicina general o de familia del Reino Unido (20, 21). Se han revisado las condiciones sociales y la política sanitaria de los países en desarrollo (22, 23), además de las necesidades de investigación relativas al ejercicio de la medicina en zonas rurales (24).

Los expertos internacionales en el campo han considerado con un perspectiva más general los objetivos, el contenido y los resultados esperados de la investigación en medicina general o de familia durante el Congreso de Investigación de la WONCA celebrado en Kingston, Ontario, Canadá, en 2003, y en los informes publicados (2, 11, 14, 15, 23, 25-30), y también en algunos artículos posteriores (14, 31, 32). Se ha revisado el desarrollo histórico de la investigación y los programas de investigación (10, 30). Todos estos artículos definen las necesidades de infraestructuras y destacan la importancia de la medicina general o de familia y la investigación relacionada con los servicios de salud y la política sanitaria. Indican que la contribución de la atención primaria dirigida por una medicina general o de familia de alta calidad es esencial para un sistema sanitario eficaz y que los decisores reconocen cada vez más este hecho. Los resultados de la investigación en medicina general o de familia pueden informar a los responsables políticos sobre la toma de decisiones basada en la evidencia, que la atención puede ser sostenible, coste-efectiva y equitativa y, así apoyar la toma de decisiones sociales y éticas que mejoren globalmente la salud. Estos resultados ayudan a acortar las distancias entre la

investigación biomédica o clínica fundamental y la atención sanitaria a una población y establecen un vínculo entre la investigación médica y las ciencias humanísticas. Para lograrlo, se debe contar con una financiación adecuada y orientarse a proyectos de investigación que satisfagan las necesidades de los pacientes, aborden enfermedades que contribuyen considerablemente a la carga de enfermedad en la población y consideren los factores que afectan la consecución de resultados. Las organizaciones profesionales o sociedades científicas internacionales tienen un papel como dinamizador, proporcionando bases de datos, acceso a instrumentos de medición y facilitando la formación y creación de redes de investigadores. Por lo general, se reconoce que la medicina general o de familia necesita aumentar su capacidad de investigación y varios artículos se centran en la manera de lograrlo, principalmente a nivel macro (15, 27, 29, 31) o en relación con la creación de redes de de investigación (11, 20, 23, 28, 33). Nuestra Agenda de investigación complementa estos artículos con un enfoque dirigido a los investigadores individuales que trabajan en entornos de baja capacidad.

Las necesidades de infraestructura también incluyen el reconocimiento de la medicina general o de familia por la comunidad científica, lo que también es esencial cuando se aplica a la financiación. Debe mejorarse la representación de los temas de la medicina general o de familia y las revistas de investigación: como indica nuestra Agenda la terminología MeSH no refleja bien los contenidos de la medicina general o de familia. Supone una desventaja que Index Medicus clasifique la medicina general o de familia en la categoría resumen «medicina» en lugar de reconocerla como una especialidad propia (2, 11, 15, 27). No obstante, el resultado de la investigación en medicina general o de familia ha mejorado en los últimos años (34). También se ha señalado que sería sumamente útil desarrollar un método para medir el efecto de los resultados de investigación en la sociedad y en la política sanitaria (35).

Diversos artículos han intentado elaborar programas de investigación sugiriendo temas que se perciben como de especial importancia. De hecho algunos de los denominados programas de investigación se limitan a temas o campos de investigación muy específicos, como por ejemplo, los síntomas inexplicados (36), la atención sanitaria en las zonas rurales (24), la informática en la atención primaria (37), la salud mental (38) o la elección de la medicina general o de familia como especialidad profesional (39). Otros artículos de revisión tienen una perspectiva más general y amplia; muchos, como por ejemplo los artículos de Kingston, han sido escritos por expertos de fama internacional. Sin embargo, ninguno ha tenido un enfoque sistemático o empleado un marco temático predefinido. Algunos artículos afirman que la utilización de una gama amplia de metodologías, entre ellas los enfoques desarrollados inicialmente por disciplinas diferentes a la medicina, es esencial para la investigación en medicina general o de familia y es uno de sus puntos fuertes (2). Sin embargo, ninguno vincula las metodologías con los temas de investigación. Los campos y los temas de investigación que se consideraron importantes se resumen en las categorías siguientes (11-15, 26-28):

- La investigación clínica sobre el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades comunes, con un enfoque práctico y más centrada en la eficacia real que en la teórica, que refleje la multidimensionalidad y la diversidad de la atención primaria y que incluya estrategias específicas como la conducta expectante o la continuidad de la atención.
- La investigación sobre epidemiología en la atención primaria, incluida la evaluación de la carga de enfermedad, las causas de salud y enfermedad (incluidos los factores ambientales, culturales, de comportamiento y psicosociales), el control a largo plazo de la evolución espontánea de los síntomas y el desarrollo de medidas de resultados de salud.
- La investigación sobre la influencia de los factores del contexto (directrices, cultura, condiciones sociales y ambiente local) sobre la salud, la participación de los pacientes, el papel de la relación y la comunicación, que compara los datos científicos con la visión del paciente, y la obtención de resultados orientados al paciente.
- La investigación sobre los servicios sanitarios, que incluye la economía sanitaria, la eficacia y la equidad de la atención sanitaria, los modelos de atención, las capacidades de gestión de la práctica profesional y los sistemas sanitarios, la mejora de la calidad, la integración de los servicios y la cooperación interprofesional.
- La investigación en los marcos conceptuales de la orientación comunitaria y la comparación de intereses comunitarios frente a intereses individuales.

- Ética: genómica, racionamiento de la atención, poblaciones vulnerables, necesidades comunitarias frente a individuales y acuerdos internacionales.
- Educación, desarrollo profesional y aplicación de evidencias científicas a la atención.

La mayor parte de estos campos también figuran en la Agenda de investigación (aunque la prevención, la investigación en los servicios de salud y la ética son, en cierto modo, menos importantes). Además, se señalan temas que ya se han tratado relativamente bien y propone otros más específicos (p. ej., la multimorbilidad, los estudios longitudinales de cohorte, la investigación en epidemiología basada en los motivos de la consulta y los episodios de enfermedad) y las metodologías y la infraestructura adecuada (p. ej., la necesidad de bases de datos adecuadas para la atención primaria y la mejora de la calidad de las historias clínicas electrónicas para la investigación).

En resumen, esta Agenda de investigación proporciona una visión innovadora y complementa el debate en curso sobre la investigación en medicina general o de familia. Es única por su enfoque sistemático y la diversidad de temas que abarca y por estudiar la metodología además de los temas de investigación.

## Implicaciones

Esta Agenda es un documento básico y un manual de referencia para los médicos generales o de familia, los investigadores y los responsables políticos que brinda apoyo a la medicina general o de familia en Europa. También puede servir de documento de referencia fuera de las fronteras Europeas, ya que no hay otro alternativo para otras regiones de la WONCA. Resume las evidencias relativas a las competencias y características esenciales de la definición de medicina general/de familia de WONCA Europa y su significado para los investigadores y los responsables de establecer la política sanitaria. Un plan de desarrollo de la medicina general o de familia pasa por fortalecer la investigación en un contexto «nuevo» y se indica qué cuestiones son de importancia primordial para los países con escasa capacidad de investigación. Se señalan las lagunas en las evidencias científicas y las necesidades de investigación para que se fundamente en ellas la planificación de la investigación y las actuaciones necesarias para influenciar las políticas sanitarias y las de investigación, es decir, la solicitud de financiación para la investigación o la capacidad de ejercer presión para obtenerla.

Este documento agradece e incluye los comentarios recibidos de numerosos grupos, organizaciones y expertos internacionales. Sin embargo, los pacientes y las organizaciones de pacientes no han participado formalmente en la preparación del documento. Los autores agradecen cualquier comentario que se desee hacer y no descartan efectuar modificaciones al documento.

### [Implicaciones para WONCA Europa, la EGPRN y otras organizaciones de investigación](#)

La Agenda de investigación puede ayudar a WONCA Europa a refinar la definición y los objetivos europeos y debatir su estrategia y su orientación para el futuro. WONCA Europa y sus redes deben tener en cuenta las evidencias científicas para fundamentar su definición de la medicina general o de familia y analizar sus posiciones y sus declaraciones si fuera necesario. Es posible que deba abandonar el concepto de seis competencias centrales y sustituirlo por un modelo de cuatro dimensiones.

- Aspectos clínicos o relacionados con problemas.
- Aspectos relacionados con las personas, como por ejemplo un enfoque integral, holístico y centrado en las personas.
- Aspectos orientados a la comunidad (incluida la equidad y la diversidad).
- Aspectos de gestión (en el ámbito de la práctica clínica o el sistema).

Tanto WONCA Europa como EGPRN deben tener en cuenta las prioridades de la Agenda cuando planifican futuros congresos, cursos o proyectos y con fines de financiación. Las organizaciones de investigación deben proporcionar o difundir instrumentos de investigación útiles, p. ej. un tesoro, sistemas de clasificación adecuados e instrumentos de investigación validados. La WONCA y todas las redes de la investigación relacionadas con la medicina general/de familia respaldan y mantienen una visión generalista sobre los elementos clave de la medicina general o de familia y, de esta manera, amparan a los numerosos grupos de interés que en algunas ocasiones suelen perturbar el campo y adoptar una visión especializada. Cada proyecto de investigación debe reflejar las cuatro dimensiones mencionadas más arriba.

### [Implicaciones para los pacientes](#)

Los pacientes no solo participan como sujetos de un estudio, sino que sus necesidades deben ser la fuerza impulsora de la sanidad y la investigación. La investigación y los temas elegidos deben ser relevantes tanto para los médicos generales como para los pacientes y

deben tener resonancia local. Por lo tanto, los resultados de la investigación en medicina general o de familia deben ser relevantes y aplicables, ya sea en la comunidad local o en un contexto (internacional) más amplio o en ambos. Esta investigación, tienen la capacidad de cambiar la práctica clínica, informar las decisiones políticas y, en última instancia, fortalecen la disciplina.

La investigación y políticas futuras deben considerar las siguientes dimensiones:

- Preferencias y participación en la decisión de los pacientes.
- Compromiso de los pacientes (1 - 7).
- Derechos de los pacientes y aspectos éticos, y cuestiones de consentimiento informado.
- Organizaciones de pacientes y su papel.

La investigación ética y la participación de los pacientes son cuestiones clave para el desarrollo de la investigación en atención primaria general/de familia. Es preciso tener más en cuenta un enfoque ético para la investigación y los mecanismos para llevar la ética a la práctica de la investigación y la aprobación ética formal. Las propuestas de investigación deben elaborarse con los principios éticos reconocidos. Para la investigación en colaboración internacional, sería útil contar con un comité de ética europeo.

### *Implicaciones para las investigación*

Hasta ahora, gran parte de la investigación actual relacionada con la salud tiene un enfoque biomédico, con frecuencia centrado en la enfermedad. Se ha prestado una atención insuficiente a la manera de incorporación de los nuevos tratamientos o tecnologías a la atención habitual de los pacientes, en especial en la atención primaria, y a evaluar si son eficaces y eficientes en el contexto cotidiano. El descuido de este campo es una premisa central para la investigación en medicina general o de familia y debe recibir más atención y financiación. Las futuras investigaciones no debieran centrarse en las enfermedades, sino que deberían integrar principios de medicina general o de familia como la atención centralizada en las personas o la equidad y focalizarse en atención primaria. La investigación debería reflejar que la salud es más que la ausencia de enfermedad y que debe evaluarse con el transcurso del tiempo. Una cuestión importante es el contexto de las complejas interacciones entre las personas y sus médicos de familia (y otros cuidadores), lo que posiblemente comprende múltiples problemas de salud en el mismo paciente. Entre los nuevos asuntos a abordar por la investigación en medicina general o de familia se incluyen también las implicaciones de una sociedad multicultural, la diversidad y las cuestiones de equidad, así como los avances tecnológicos y los conocimientos genómicos que se están alcanzando.

La investigación en medicina general o de familia proporciona una base científica para las guías clínicas, que son herramientas importantes para permitir la aplicación de los conocimientos médicos en la práctica. Tienen la capacidad de reducir la variabilidad no deseada en la atención sanitaria, establecer objetivos de calidad y brindar apoyo a la formación de los médicos y al desarrollo profesional.

Futura investigación debe centrarse en las prioridades y las necesidades destacadas en esta Agenda y respetar las características esenciales de la disciplina y las particularidades de los pacientes en atención primaria. Los estudios que se centran en la investigación en los servicios sanitarios, el humanismo o la medicina biopsicosocial son una parte importante de la investigación en medicina general o de familia. Durante la planificación debe considerarse el valor que añade a los conocimientos existentes. Deben revisarse las herramientas existentes y la medición de resultados para poder asociar y comparar los diferentes estudios. Por ejemplo, dentro de los proyectos de mejora de la calidad, es posible que no siempre sea adecuado presuponer que la atención «habitual» es un comparador deficiente. La investigación que destacan las ventajas de la medicina general o de familia según los conceptos descritos en la definición pueden ayudar a sustentar la importancia de la disciplina frente a otras especialidades y frente a los decisores políticos.

La investigación en atención primaria y medicina general o de familia en toda Europa podrían mejorarse creando redes sostenibles y aumentando la capacidad de investigación

(1,2,8,9). En Europa existen grandes diferencias regionales en cuanto a la capacidad de investigación en medicina general o de familia y en la atención primaria. Esta situación indica que se necesita una infraestructura europea para respaldar la formación y el intercambio en el ámbito de la investigación en atención primaria, que debe adaptarse localmente («actuación local, pensamiento global»). Debe facilitarse el intercambio de conocimientos y metodología científica entre los investigadores de países con una infraestructura de investigación bien establecida en la atención primaria y los investigadores de países que están desarrollando su infraestructura. Este proceso de intercambio mutuo entre «expertos» y «principiantes» mejorará el desarrollo académico de la medicina general y de familia en países en los que en estos momentos la infraestructura destinada este fin es relativamente pequeña. Este desarrollo es esencial para el progreso de la disciplina en estos países.

### *Implicaciones para las publicaciones científicas*

La atención primaria y su investigación debe gestionar las diferencias entre los sistemas sanitarios y los antecedentes culturales, mucho más que la medicina especializada u hospitalaria donde el progreso tecnológico o científico tiene un impacto más directo. Europa es un mosaico de diferentes sistemas de salud en países que varían en cuanto al grado de desarrollo social y económico. También hay grandes diferencias en lo relativo a la capacidad de investigación en la atención primaria. Las publicaciones científicas de medicina general y atención primaria deben respetar estas diferencias regionales en su proceso de revisión científica externa y sus normas de publicación, a la vez que mantienen la calidad en los niveles más altos posibles. La Agenda proporciona un recurso basado en evidencias científicas para decisiones editoriales o normas de publicación.

### *Implicaciones en las prioridades*

La Agenda de investigación debe tenerse en cuenta cuando se planifican programas de investigación o de atención sanitaria, como indican las evidencias de los beneficios de la medicina general/de familia y atención primaria en general, así como en aspectos específicos de la atención. En la financiación de las decisiones o la planificación estratégica, deben tenerse en cuenta las necesidades de investigación formuladas. Los expertos en medicina general o de familia deben participar en todos los organismos que toman decisiones relativas a la política sanitaria o la financiación de la investigación relacionadas con la salud. Esta Agenda y sus sugerencias para la investigación futuras hacen hincapié en la importancia de la atención primaria para los pacientes y en el sistema de salud. La promoción de la investigación en medicina general o de salud propuesta en este programa exige que el país cuente con una buena infraestructura básica de investigación, lo que incluye:

- Facilitar un acceso a las publicaciones científicas, las bases de datos y a la comunidad científica (mediante congresos y cursos) independiente de las compañías farmacéuticas.
- Proporcionar una financiación adecuada a los departamentos universitarios y los institutos de investigación y a los proyectos de investigación en medicina general o de familia. La cantidad de financiación debe reflejar la importancia de la disciplina dentro del sistema sanitario y proporcionar una infraestructura adecuada con la estabilidad suficiente en el tiempo como para permitir la investigación longitudinal.
- Aplicar las historias clínicas electrónicas con sistemas de codificación apropiados (ICPC) que reflejen la realidad de la atención primaria y proporcionen información adecuada a las bases de datos de investigación.
- Proporcionar y mantener bases de datos de investigación adecuadas que analicen y describan en detalle la atención primaria (esto es, basadas en las historias clínicas). Estas bases de datos deben respetar la privacidad y la seguridad y deben ser accesibles y adecuadas no solo para los fines de la salud pública o la autoridad sanitaria, sino también para

- Los proyectos de mejora de la calidad (incluidos el feedback a las consultas o centros que proporcionaron los datos o participaron en auditorías).
- La investigación en medicina clínica general o de familia y servicios sanitarios (incluidos estudios de diagnóstico, muestreo en estudios cuantitativos y cualitativos y estudios longitudinales).

## Agradecimientos

La EGPRN y los autores de la Agenda investigación desean agradecer a WONCA Europa la financiación de diversas reuniones y los costes de diseño e impresión del presente artículo.

Agradece también las contribuciones y comentarios de muchas instituciones y personas, concretamente del Consejo y de integrantes del EGPRN, el Consejo Directivo de WONCA Europa, EQUIP, EURACT y otras redes de WONCA Europa, grupos de Interés especial de WONCA Europa y varios departamentos universitarios europeos de medicina general o de familia.

También desea agradecer las contribuciones de los participantes en los talleres donde se presentaron las versiones preliminares del documento.

Las siguientes personas merecen un agradecimiento especial por sus comentarios pormenorizados:

Profesor Andre Knottnerus, M.D., Ph.D., Departamento de Medicina General, Universidad de Maastricht y presidente del Consejo de Salud de los Países Bajos, La Haya, Países Bajos

Profesor asociado Harm van Marwijk, M.D. Ph.D., Departamento de Medicina General e Instituto EMGO de Investigación en Salud y Atención del Centro Médico Universitario VU de Ámsterdam, Países Bajos.

Dr. Johannes Hauswaldt, M.D., M.P.H., Instituto de Medicina General, Facultad de Medicina de Hannover, Alemania

Dra. Bettina Berger, Instituto Transcultural de Ciencias de la Salud, Universidad Europea de Viadrina, Frankfurt (Oder), Alemania.