



Informe Tècnic

La investigación en atención primaria

IN05/2004
Diciembre de 2004



Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques

La *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques* es una empresa pública, sin ánimo de lucro, creada en mayo de 1994. Tiene como objetivos promover que la introducción, la adopción, la difusión y la utilización de tecnologías médicas se haga de acuerdo con criterios de eficacia, seguridad, efectividad y eficiencia demostradas, y también promover la investigación orientada a las necesidades de salud de la población y a las de conocimiento del sistema sanitario. La *Agència* es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud en evaluación de tecnología médica, es miembro fundador de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnología Médica (INAHTA), y es centro coordinador de la Red de Investigación Cooperativa para la Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (Red IRYSS).

Para citar este documento hay que hacerlo de la siguiente manera: Pons JMV (coordinación), Navarro MD (redacción), Albert X, Ausejo M, Bolívar B, Díaz CA, Fernández MI, Gómez de la Cámara A, Grandes G, Llobera J, March JC, Monreal A, Pulpón A, Segura A. La investigación en atención primaria. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Diciembre de 2004.

Las personas interesadas en recibir ejemplares de este documento pueden dirigirse a:

Unidad de Comunicación y Gestión. *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*.

Esteve Terradas, 30 | Recinto Parc Sanitari Pere Virgili | Edificio Mestral, 1ª planta | 08023 Barcelona

Tel. 93 259 42 00 | Fax 93 259 42 01 | E-mail: direccio@aatrm.catsalut.net | <http://www.aatrm.net>

Edita: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques \1ª edición, diciembre de 2004, Barcelona

Diseño: Joana López Corduente

Corrección: AATRM

Impresión: AATRM

Depósito legal: B-52.455-2004

ISSN: 1579-4458

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

La *Agència* tiene la propiedad intelectual de este documento. Ningún fragmento de esta edición puede ser reproducido, almacenado o transmitido de ninguna forma ni por ningún procedimiento, sin el permiso previo expreso del titular del *copyright*



Informe Tècnic

La investigación en atención primaria

Grupo de trabajo en “Investigación en atención primaria”

JMV Pons (coordinación)

MD Navarro (redacción)

X. Albert

M. Ausejo

B. Bolívar

CA Díaz

MI Fernández

A. Gómez de la Cámara

G. Grandes

J. Llobera

JC March

A. Monreal

A. Pulpón

A. Segura



ÍNDICE

PREÁMBULO	9
RESUMEN	13
OBJETIVOS	15
METODOLOGÍA DE TRABAJO	17
PRIMERA PARTE: ESTADO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	19
INTRODUCCIÓN	21
CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	25
RESULTADOS E IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN	27
SEGUNDA PARTE: NECESIDADES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	31
BIBLIOGRAFÍA	37
ENLACES Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	41
GRUPO DE TRABAJO	43
ANEXOS	45
Anexo A. Plan de trabajo	45
Anexo B. Actas de las reuniones	46
Anexo C. Cuestionario sobre investigación en atención primaria	53
Anexo D. Diseño de estudio cualitativo	56

PREÁMBULO

No debe ser fruto de la casualidad que primero el encargo por parte del Presidente de la Comisión Asesora de la Ministra de Sanidad y Consumo a la *Agència* y, posteriormente, el desarrollo de las reuniones y tareas del “Grupo de trabajo sobre investigación en atención primaria”, hayan coincidido en la temática y en el tiempo con la publicación, en revistas médicas internacionales de gran prestigio (*Annals of Internal Medicine, Lancet*), de diversos artículos que abordan también esa, digamos, problemática: la situación de la atención primaria y, específicamente, la investigación que se desarrolla en este ámbito.

La atención primaria, indiscutiblemente, como otros servicios asistenciales y sanitarios, está sujeta a los cambios demográficos, tecnológicos, económicos, culturales y sociales que operan, no sólo en el ámbito de los individuos (sanos y enfermos) y colectivos a los que dirigen sus servicios, sino también sobre los mismos sujetos que proveen esta asistencia, los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, especialistas, asistentes sociales) y aquellos otros actores del sistema (gerentes, planificadores, financiadores, industria, políticos).

Para algunos, la atención primaria se encuentra en una encrucijada donde se plantea cómo aquella atención sanitaria que ha sido definida por su función [accesibilidad (primera línea de atención), continuidad, integración, orientación holística al individuo (sano o enfermo), amplia en cuanto a servicios (preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y paliativos)], puede responder a las necesidades de la población y de una sociedad que cambia de forma acelerada (Showstack, 2003a).

Posiblemente, como también se ha afirmado, no se podrán atender estas nuevas necesidades si no se modifica de raíz la formación antes y después de la graduación y la cultura dominante del colectivo profesional que la integra, así como la de los otros actores del sistema. El sistema de formación y de especialización sigue promoviendo un entrenamiento cada vez más segmentado en áreas muy específicas (subespecialización), con un imperativo tecnológico omnipresente, a la vez que en la sociedad se acentúa un consumismo y se malinterpreta, se equipara, libertad o capacidad de elección con calidad. El entrenamiento en habilidades para la comunicación, en la tecnología y los sistemas de información, en trabajo en equipo y delegación de responsabilidades, en la prevención y la promoción de la salud, en la investigación de resultados y de los factores biopsicosociales influyentes en la salud y la enfermedad parecen, en el ámbito académico, cada vez más descuidados.

En un mundo cada vez más globalizado, con la pujanza de las fuerzas del mercado, donde el conocimiento no reconoce fronteras y los modelos se generalizan, se habla incluso de un “nicho económico” que la oferta y la demanda delimitan, donde los distintos profesionales de la sanidad pueden prosperar social y económicamente, mientras que la atención primaria, en contraste con la atención secundaria, con los diversos profesionales que la sirven y que en principio deberían ser los auténticos gestores de la atención sanitaria, ve su rol cada vez más en precario, a la defensiva, sin acabar de definir y realizar su papel rector en el sistema sanitario (Sandy, 2003). Políticos, gestores, sociedades científicas y profesionales interactúan en este mundo cambiante en constante innovación.

En poco tiempo, la imagen hasta cierto punto romántica del médico de cabecera que trabajaba de forma aislada, pero muy próximo a las necesidades de los pacientes y de su “nicho” social, se ha visto diluida por otra imagen idealizada, consecuencia del (determinismo inherente) progreso científico y tecnológico, del especialista de bata blanca que domina cada vez campos más estrechos de conocimiento y capaz de realizar auténticas filigranas. Probablemente por una tendencia creciente

a la (sub)especialización, a finales de los 60 (siglo XX) se reformuló el término de atención primaria para denotar el médico de familia y de la comunidad que constituiría el primer punto de contacto con la asistencia sanitaria y que, como abogado de los pacientes, actuaría como intermediario entre ellos y la cada vez más compleja asistencia sanitaria especializada o secundaria.

Esta reformulación, sin embargo, que tuvo un cariz internacional, no ha podido resistir las amenazas que, desde un principio, se abatieron sobre ella: fragmentación (por ejemplo, geriatría, pediatría y medicina del adolescente, internistas, programas específicos), la merma en la atracción profesional hacia este campo (aspectos de financiación de servicios e incentivación y motivación-carrera profesional, medicina alternativa o no convencional), los cambios en las preferencias de los usuarios de los servicios de atención primaria (pacientes más informados, que no siempre mejor, con un papel más protagonista en cuestiones que les repercuten directamente) y nuevos modelos de asistencia que compiten o sustituyen a otras fórmulas organizativas y de financiación de servicios (Moore, 2003).

Sin embargo, también se reconocen unos valores centrales que, siendo únicos o muy propios de la atención primaria, deberían reafirmarse, no simplemente de palabra, en este entorno tan movedido: la cercanía al paciente y a la comunidad, el contacto con el sujeto sano (prevención y promoción de la salud) y el enfermo, la mayor perspectiva y la continuidad (Showstack, 2003a). En un artículo de 1961 sobre la ecología de la asistencia médica en los EEUU, Kerr L White mostraba que en una población de 1.000 adultos, de promedio mensual, 750 referían síntomas de enfermedad, 250 consultaban a un médico, 9 eran hospitalizados, 5 eran referidos a otro médico y sólo uno era referido a un centro hospitalario universitario (White, 1961).

Una reciente actualización, en el mismo contexto y que incluía niños, mostraba que de cada 1.000 personas, 800 referían síntomas, 327 buscaban asistencia médica, 217 eran visitadas por un médico (de las cuales 113 por un médico de atención primaria), 65 visitaban un proveedor de medicina alternativa o complementaria, 21 eran atendidas ambulatoriamente en un hospital, 14 recibían asistencia domiciliaria, 13 iban a un servicio de urgencias, 8 eran hospitalizadas y como máximo era ingresada en un centro hospitalario universitario (Green, 2001).

Incluso para un país como los EEUU, el primer contacto con el sistema sanitario sigue siendo el médico de atención primaria. Por lo tanto, a pesar de los múltiples cambios, la proporción de personas que refieren síntomas, imprecisos muchas veces, que visitan a un médico, que son atendidas en un hospital o ingresadas en un hospital universitario, prácticamente no se ha modificado. Puede, entonces, interpretarse que las interacciones entre las personas y el sistema sanitario son generadas por preferencias y necesidades que, a pesar de los múltiples cambios en la organización y financiación de la atención sanitaria, persisten de manera inmodificable (Green, 2001). A pesar de esta constatación, del peso relativo de los distintos contactos con el sistema sanitario, la atención primaria sigue sin recibir la consideración que su trabajo asistencial, profesional, científico y académico merecería.

Un problema al que hacía mención el editorial del *Lancet* estaba en la visión que los propios profesionales de la atención primaria tienen de sí mismos y de las tareas que realizan como completamente diferentes de la que tienen los especialistas. Los médicos de atención primaria se ven desatendidos por la universidad, por las agencias que financian la investigación en ciencias de la salud y por los editores de las revistas médicas. Se argumenta una complejidad en la atención primaria que no se encuentra en otras áreas de la práctica médica, buscándose delimitar un área de conocimiento o disciplina que requiere de métodos diferenciados. Para el editor de esa revista, toda esta argumentación raya el misticismo ya que campos más complejos de investigación, como la cirugía, han podido responder a cuestiones que anteriormente se creían imposibles de formular. El editorial, reconociendo que posiblemente una de las mayores fortalezas de la atención primaria sea su falta de fronteras, sugería que, más que una introspección, el objetivo de la investigación en

atención primaria no debería diferir del que existe en otros campos de la práctica médica: formular preguntas de investigación (hipótesis) que puedan ser probadas y que las respuestas que generen supongan una diferencia sustancial en los pacientes (The Lancet, 2003).

Las cartas de respuesta a dicho editorial, así como un artículo posterior en la misma revista, reafirmaban la necesidad de esta investigación en atención primaria, no puesta en cuestión por el editorial, y el hecho de que ésta, que hay que promover, ha de tener en cuenta las características específicas de la población que se atiende dentro de su contexto particular (De Maeseneer, 2003).

El texto que prosigue, fruto del trabajo colaborador entre profesionales de distintas disciplinas, sigue plenamente esta línea y plantea, en una primera parte, la situación actual de la investigación en atención primaria y, en una segunda, cómo enfocar y reconocer esta investigación, qué líneas y estrategias de investigación deberían promoverse y financiarse de forma dirigida, cómo integrar las distintas tradiciones metodológicas y disciplinas y, finalmente, cómo implicar a profesionales, gestores (políticos) y pacientes de forma activa para que, de los resultados de la investigación, se derive una mejora en la efectividad, eficiencia y equidad en la prestación de los servicios de atención primaria y, en definitiva, en la salud y bienestar de los pacientes y de toda la población.

RESUMEN

La atención primaria supone el primer punto de contacto de la población con los servicios sanitarios, servicios que se proporcionan de forma continua e integrada, en coordinación con otros servicios y orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad.

Aunque el papel de la atención primaria y el de sus profesionales en el avance científico ha ido progresando paulatinamente durante los últimos años, la evidencia respecto a la calidad de la atención prestada sólo puede obtenerse a través de la formación y la investigación, implicando en ella a los profesionales de la salud.

Son muchos los estudios realizados en España en las últimas décadas que describen la producción científica en ciencias biomédicas. Dichos estudios destacan que la producción científica nacional es reducida, con escasez de publicaciones originales y gran número de revisiones. La investigación en atención primaria aborda, sobre todo, temas relacionados con la clínica y la evaluación, así como con la organización de los servicios sanitarios. Se utilizan, mayoritariamente, diseños de estudios descriptivos y análisis estadísticos poco complejos y se produce, en general, escasa colaboración entre instituciones.

Como potencial a valorar, la investigación en atención primaria cuenta con una serie de particularidades como las siguientes:

- se basa, fundamentalmente, en ciencias de la salud y ciencias sociales
- trabaja con poblaciones accesibles y bien definidas
- tiene acceso a registros y bases de datos poblacionales
- enfatiza la complejidad de investigar en entornos reales y con datos secundarios
- se centra en la diseminación de resultados prácticos
- tiene en cuenta áreas más ignoradas en otros entornos de investigación
- puede enfatizar tanto en la atención crónica, como en la aguda o la preventiva
- incluye estudios sobre hábitos o estilos de vida y factores de riesgo para la salud
- guía la investigación en otras áreas del conocimiento

Sin embargo, y a pesar de la importancia de plantearse preguntas de investigación que surgen de la actividad cotidiana y tratar de responderlas de forma científica, son muchas las dificultades que aparecen al intentar compaginar la labor eminentemente asistencial de los profesionales de la atención primaria con la investigadora. Entre dichas dificultades y, por lo tanto, recomendaciones o situaciones a mejorar, destacarían, entre otras:

- la falta de tiempo por sobrecarga asistencial
- la necesidad de formación en metodología
- la dispersión de los profesionales y falta de coordinación
- la falta de recursos humanos, económicos y estructuras de apoyo a la investigación
- el coste económico que lleva implícito toda investigación y el insuficiente presupuesto destinado a la misma
- la falta de motivación de algunos profesionales, así como la falta de reconocimiento por parte de otros niveles asistenciales y equipos directivos de sanidad
- el escaso número de investigadores y presencia en la investigación en el ámbito europeo
- los escasos programas de investigación en atención primaria bien establecidos

- la escasa presencia en los organismos decisores de financiación y en los organismos evaluadores
- la escasa percepción o sensibilidad por parte de los responsables políticos y administrativos sobre el peso relativo de la atención primaria dentro del sistema sanitario

El texto que sigue a continuación analiza con más detenimiento cada uno de estos aspectos.

OBJETIVOS

- Describir la situación actual de la investigación en atención primaria en el ámbito español.
- Valorar las necesidades y perspectivas de futuro de la investigación en atención primaria.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente documento surge a partir del contacto realizado en noviembre de 2002 con el director de la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña, el Dr. Joan MV Pons, por parte del Consejo Asesor de la Ministra de Sanidad y Consumo y, en su nombre, el Presidente del mismo, el profesor Joan Rodés. El motivo fue el encargo de coordinar un grupo de trabajo a nivel del Estado español para valorar el papel de la investigación en atención primaria y su tendencia en el futuro.

Al plantearse la composición del grupo, y a partir de algunas consultas realizadas a personas clave en el ámbito de la atención primaria en España, se creyó oportuno cubrir una cierta amplitud territorial y diferentes perfiles profesionales. Se consiguió así una primera lista de 45 personas de las que, finalmente, se constituyó un grupo de trabajo de 14 profesionales relacionados con la investigación en atención primaria en España^a y tres asesores internacionales.

Los criterios para la selección de los miembros que formarían parte del grupo de trabajo fueron los siguientes:

- Representación de los diferentes profesionales sanitarios relacionados con la atención primaria (médicos de familia/médicos generalistas, pediatras, enfermeras/os, asistentes sociales, etc.) y de los diferentes entornos geográficos y organizativos.
- Profesionales de otros ámbitos relacionados (farmacología, salud pública y metodología de investigación, agencias de evaluación de tecnología médica, universidades o economía de la salud, entre otros).
- Miembros de sociedades científicas y comités editoriales de revistas biomédicas.
- Miembros de unidades docentes y universidades.
- Personas con experiencia en investigación.
- Representación de diferentes comunidades autónomas.

Tras la constitución del grupo de trabajo, se realizó una primera reunión el 28 de enero de 2003 en el Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid) en la que se plantearon los objetivos del grupo, la metodología de trabajo a seguir y un cronograma aproximado de las actividades a realizar durante los meses siguientes. El Anexo A presenta el plan de trabajo o cronograma seguido por el grupo. A partir de esa primera reunión, los miembros del grupo estudiaron diferentes aspectos sobre la situación de la investigación en atención primaria en sus respectivas áreas o comunidades autónomas.

Para conocer el diagnóstico de situación existente sobre el tema y valorar así el estado de la investigación en atención primaria en el ámbito nacional, se realizaron diferentes estrategias de búsqueda bibliográfica en bases de datos (Medline, webs de revistas biomédicas, Índice Médico Español) con el objetivo de conocer dicha situación también en el ámbito internacional y detectar los grupos nacionales de investigación más destacados, el tipo de investigación y los diseños de estudios más utilizados en atención primaria, las principales fuentes de financiación y el impacto de la investigación realizada.

En una segunda reunión, celebrada el 25 de junio de 2003 en el Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid), se pusieron en común los resultados del trabajo realizado así como el comentario de un borrador sobre la forma y el contenido que iba adquiriendo el documento de trabajo. El Anexo B presenta las actas de las reuniones del grupo.

^a El apartado "Grupo de trabajo" de este documento presenta la relación de los miembros del grupo y su procedencia, así como la de los asesores internacionales.

Además de la revisión de la bibliografía y de las experiencias y bases de datos existentes en las diferentes comunidades autónomas, se planteó también elaborar un cuestionario para captar información concreta sobre las experiencias en investigación en atención primaria en el territorio español y un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales para profundizar en algunas de las situaciones o barreras existentes para el desarrollo de la investigación en atención primaria. Los Anexos C y D presentan el cuestionario y el diseño del estudio cualitativo, respectivamente.

A continuación, los miembros del grupo de trabajo comunicaron entre sí los avances de determinados aspectos que debía cubrir el documento a través del correo electrónico, hasta llegar a la tercera reunión, celebrada el 6 de octubre de 2003 en el Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña (Barcelona) entre algunos miembros del grupo de trabajo y los tres asesores internacionales con los que se contaba. En dicha reunión se valoraron los aspectos recogidos hasta el momento en el documento, así como las tendencias de futuro de la investigación en atención primaria en el ámbito internacional (Anexo B).

El grupo continuó entonces incorporando los comentarios de los asesores internacionales y elaborando el documento final que aquí se presenta. En este sentido, y dada la complejidad y las diferentes perspectivas a través de las que se puede abordar la elaboración del presente documento, sería aconsejable poder continuar con este ejercicio intelectual para discutir, argumentar y trabajar con mayor profundidad la complejidad de la segunda parte del documento y la elaboración de propuestas y recomendaciones concretas, aspectos que quedan también reflejados en las propuestas de los anexos C y D.

PRIMERA PARTE

Estado actual de
la investigación
en la atención
primaria de salud

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas y, en especial, desde la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya en su primera asamblea mundial en 1948, y después en Alma Ata, definiendo la salud como un estado de bienestar tanto físico como psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedad, ha existido un reconocimiento en el ámbito internacional del potencial de la atención primaria (AP) en la mejora de la salud de los individuos y de la comunidad (WHO, 1978; Kalucy, 2001).

La reforma realizada en los sistemas de salud de muchos países, acompañada de los cambios demográficos, los avances en la tecnología médica, la economía de la salud y las expectativas y necesidades de los pacientes, han propiciado la búsqueda de nuevas formas en la provisión de los servicios sanitarios (WONCA, 2002). En este sentido, los sistemas de salud basados en una AP efectiva, con profesionales bien preparados, proporcionan una mejora en la atención prestada, si se compara con los sistemas de menor orientación hacia la AP de salud (Starfield, 1998).

Las principales reformas de los sistemas sanitarios se han centrado en proporcionar mayor importancia a la AP, como primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario, y favorecer así la continuidad asistencial, la contención de costes y la aproximación a los problemas de salud existentes por la proximidad de la AP con la comunidad (López y Planas, 2003).

Durante los últimos 20 años han sido muchos los países que, en la reforma de sus sistemas sanitarios, han potenciado la AP, entre ellos los países nórdicos, el Reino Unido, Italia y España, realizando progresos en la mejora de la práctica y de aspectos estructurales del sistema. La AP proporciona atención y gran número de servicios sanitarios a la población general. En la mayoría de los casos, la reforma se inició para controlar costes, introduciendo por ejemplo la figura del *gatekeeping*, procurando menor atención al impacto de la reforma en la mejora de la salud de la población. Sin embargo, aunque existen situaciones estructurales difíciles de solucionar como, por ejemplo, el problema que generan las listas de espera, también siguen existiendo en la mayoría de países otro tipo de situaciones, como la mejora de la coordinación asistencial entre AP y atención secundaria especializada y la orientación comunitaria, que aún se han de resolver (Macinko, 2003).

Así, a medida que se ha ido incrementando la presión por conseguir la eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios, se ha ido produciendo también una tendencia hacia la derivación de casos de la atención especializada, que se produce mayoritariamente en los centros hospitalarios, hacia la AP, con el consiguiente aumento en la carga asistencial que supone el cuidado y la atención por parte de estos profesionales de un mayor número de pacientes con enfermedades crónicas (Wallace, 2001). En otros países, como en los Estados Unidos de América, con un sistema mucho más diverso, se dificulta aún más la implementación de intervenciones, necesitando la organización de equipos profesionales, nuevos modelos en el abordaje de patologías crónicas, educación de los pacientes y la evidencia sobre su contribución en la provisión de servicios sanitarios en una profesión cada vez más especializada (Clancy y Cooper, 1998; Bindman y Majeed, 2003; Bodenheimer, 2003; Goldfield, 2003; Majeed y Bindman, 2003).

A pesar de dichas dificultades, también es preciso destacar que, con el inicio en el ámbito internacional de la reforma de la AP y la creación de la especialidad de medicina de familia, en algunos países se evoluciona de la medicina general (siendo ésta un área indiferenciada, con necesidad de formación específica) a la medicina de familia, ya más definida en su formación postgrado e incorporada a la universidad como área de conocimiento específico (Monreal, 2003).

En este sentido, los profesionales de la atención primaria se enfrentan a nuevos retos como: la necesidad de una mejor formación en habilidades y técnicas de comunicación, conocimiento

sobre las tecnologías de la información, capacidad de trabajar en grupo, predisposición a colaborar con otras especialidades o introducción de valores dentro de la profesión, entre ellos, la creación de asociaciones, la asignación de una población fija o la integración de la AP en instituciones académicas, entre otros factores (Lewis y Schroeder, 2003; Van der Zee, 2003).

La atención primaria en el sistema sanitario

Realizando un breve repaso a la situación sanitaria española más reciente (Palomo, 2002), se han producido en los últimos años diferentes circunstancias que repercuten en la organización de los servicios sanitarios. Entre dichas circunstancias destacan: el diseño del Sistema Nacional de Salud (1982-1986); el desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986 (1987-1991) y el traspaso de competencias a las comunidades autónomas; la reforma producida a partir del Informe Abril y del tratado de Maastricht (1992-1996); junto con otros hechos destacados como la reforma de la AP, la diversificación de proveedores, la participación de la AP en el presupuesto sanitario de las comunidades autónomas, la creación de la especialidad de medicina de familia (en 1978), la aparición de la revista Atención Primaria (en 1984) o el aumento de residentes de medicina de familia (a partir de 1995), entre otros factores.

La AP supone el primer punto de contacto, o de acceso, de la población con los servicios sanitarios, servicios que se proporcionan de forma continua e integrada, en coordinación con otros servicios y orientada a los pacientes, a sus familias y a la comunidad (WONCA, 2002; Anderson y Wagner, 2003; Fernández, 2003; Showstack, 2003a). Así, en términos generales, podría decirse que el objetivo de la AP se centra en la provisión de servicios sanitarios de calidad, integrados y accesibles, proporcionados por profesionales que abordan un amplio abanico de necesidades de la población, desarrollando una relación con los pacientes, la familia y la comunidad y trabajando para disminuir las desigualdades existentes en el nivel de salud entre grupos específicos de la población ofreciendo una atención de calidad (AHRQ, 2001a; Showstack, 2003b).

La AP, por lo tanto, representa un elemento esencial en la provisión de servicios dentro del sistema sanitario, con la característica de atender sujetos sanos y enfermos. Para ello, resulta imprescindible disponer de los datos o información sobre las características de la población atendida para avanzar en el conocimiento de los servicios que se han de ofrecer que mejor se adapten a las necesidades de dicha población (Fusté, 2002).

Son muchos los cambios organizativos, conceptuales y técnicos, producidos en el seno de la AP que repercuten también sobre los profesionales en sus diferentes funciones tanto en el ámbito asistencial como docente y de investigación (Martín Zurro, 2002; Checkland, 2003), teniendo los profesionales de la AP un papel primordial en el análisis de necesidades y la planificación de actuaciones en el ámbito comunitario (Reece, 1998).

Aunque el papel de la AP y el de sus profesionales en el avance científico también está siendo cuestionado (Del Mar y Freeman, 2003; Douglas, 2003; The Lancet, 2003; Howe, 2003), la evidencia respecto a la calidad de la atención prestada sólo puede obtenerse a través de la formación y la investigación, implicando en ella a los profesionales de la salud (Wallace, 1998; Murphy, 2000; Chambers y Mohanna, 2002), profesionales que, a su vez, cubren un amplio abanico de especialidades y subespecialidades, entre ellas, médicos de familia, internistas, pediatras, obstetras y ginecólogos, farmacéuticos, odontólogos, técnicos de salud, enfermeras/os o, incluso, profesionales de disciplinas más recientes como la geriatría, la medicina del deporte o la medicina del adolescente, entre otras (Moore y Showstack, 2003).

Existen también diferentes sociedades científicas relacionadas con la AP, entre ellas, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria

y Atención Primaria (FAECAP) o la Sociedad de Farmacéuticos de Atención Primaria, entre otras, constituyendo así un colectivo de profesionales ampliamente diversificado (Palomo, 2002).

La atención primaria en la investigación

Algunas de las características de los actuales sistemas sanitarios y, por lo tanto, también la AP, como son el nivel de complejidad, la diversificación del proceso asistencial, la variabilidad de la práctica clínica, los avances científicos, la incorporación de nuevas tecnologías, los modelos organizativos y de financiación y los aspectos económicos, entre otros factores, han generado la demanda de una investigación aplicada a este nuevo entorno y a sus necesidades concretas que permita mejorar la calidad de la atención prestada y el avance del conocimiento científico (Navarro, 1999). Esta investigación, la génesis del conocimiento, su consolidación y aplicación práctica, ha de ser, además, compartida por las tecnologías de la información y de la comunicación por la imposibilidad de progresar con un nivel de conocimiento fragmentado (Pons, 2003).

Son varios los factores relacionados con la investigación en AP como, por ejemplo, los diferentes modelos existentes de atención y la priorización establecida por las sociedades científicas en diferentes países (Fernández de Sanmamed, 1997). Al igual que en otras áreas de la provisión de servicios sanitarios en el ámbito internacional, para que la investigación se adecue a las necesidades del progreso, el conocimiento y el avance científico existente en cada momento, ha de seguir la evolución que se va produciendo en el ámbito de la AP (García, 2001). Así, podría decirse que se necesitarían tres tipos de evidencia para que la investigación realizada mejore la formación de los profesionales sanitarios así como su práctica clínica: la evidencia científica, para promover, prevenir, curar y atender los síntomas de las enfermedades; la evidencia de contexto para aplicar los resultados de la investigación a las características de la práctica diaria y, por último, evidencia en el ámbito de la administración, para contribuir a la equidad de los servicios sanitarios (De Maeseneer, 2003).

La investigación ayuda a comprender la naturaleza de los hechos observados, la evidencia existente para la toma de decisiones, la organización de los sistemas sanitarios, la idoneidad en la utilización de los recursos o las necesidades y expectativas de los pacientes, entre otros aspectos (Gómez de la Cámara, 1999). La investigación así entendida se origina al profundizar en la experiencia de los propios profesionales sanitarios para identificar y elaborar las preguntas de investigación cuyas respuestas permitan mejorar la práctica asistencial. Relacionando dichas preguntas con métodos de investigación adecuados y rigurosos pueden producirse resultados relevantes para el clínico y, de esta forma, ser más fácilmente asimilados en la práctica diaria.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de plantearse preguntas de investigación que surgen de la actividad cotidiana y tratar de responderlas de forma científica, son muchas las dificultades que aparecen al intentar compaginar la labor eminentemente asistencial de los profesionales de la AP con la investigadora.

El número de investigadores biomédicos en España es aún muy inferior al de otros países de la Unión Europea, lo que condiciona en gran medida el desarrollo de la investigación (MSC). En AP, además, entre las dificultades resaltadas a través de diferentes estudios realizados durante los últimos años destacarían (Budetti, 1990; Mayfield, 1990; Espinosa de los Monteros, 1999; Beasley, 2000; Viñas y Castel, 2000; de Wit, 2001; Pujol, 2001; Alvarez, 2003; Fernández, 2003):

- la falta de **tiempo** por sobrecarga asistencial
- la necesidad de **formación** en metodología y la consecuente dedicación de tiempo necesario para adquirir conocimientos
- la **dispersión** de los profesionales con las dificultades que dicha situación conlleva para la coordinación, *networking* y para crear y consolidar equipos y líneas de investigación
- la falta de **recursos** humanos y económicos, así como de estructuras de apoyo a la investigación

- el **coste** económico que lleva implícito toda investigación, incluso antes de que se inicie el estudio. Los recursos económicos necesarios para desarrollar cualquier tipo de investigación pero, sobre todo, para llevarla a cabo en la comunidad, hacen referencia a la necesidad de recursos humanos, de formación y experiencia de los profesionales en metodología de investigación, a la realización de estudios piloto o, incluso, a la preparación y escritura de los manuscritos para solicitar financiación
- la, en ocasiones, falta de **motivación** de algunos profesionales, así como la falta de **reconocimiento** por parte de otros niveles asistenciales y equipos directivos de sanidad, entendiéndose con frecuencia la AP más como respuesta a patologías rutinarias que para solventar problemas de salud complejos y realizar investigación de calidad
- los escasos **programas de investigación** en AP bien establecidos
- la falta de **desarrollo académico**, como, por ejemplo, la creación de cátedras, la incorporación de la AP en el currículo docente de pregrado o la elaboración de tesis doctorales, así como la no-existencia de departamentos específicos de medicina de familia, presentes en gran parte de las universidades europeas
- la escasa **percepción** o sensibilidad por parte de los responsables políticos y administrativos sobre el peso relativo de la AP dentro del sistema sanitario y la fractura existente entre los dos niveles principales de asistencia (primaria y secundaria)
- y, en ocasiones, la identificación de escasas **fuentes de financiación** para la AP, la dificultad en la **definición**, no sólo de lo que representa la AP, sino también de la investigación en este campo y la individualidad y falta de tradición de **trabajo en equipo** que puede darse en algunos casos

Esta situación queda así plasmada en la opinión generalizada de los propios profesionales de la AP sobre la insuficiente solicitud de financiación o ayudas para desarrollar proyectos de investigación, concesión de subvenciones, mantenimiento de líneas de trabajo y producción científica que, en general, surge de la investigación en AP (Grandes, 2002; Palomo, 2002).

CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tanto la organización de los sistemas de salud como la práctica de la medicina de familia presentan características comunes y elementos diferenciadores entre distintos países. En lo que respecta a la investigación en AP, en el ámbito internacional, existe todavía escasa experiencia en la planificación de programas de financiación específicos para investigar en AP si se compara con la existente en otras áreas de las ciencias biomédicas o ciencias de la salud. Los investigadores en AP que, en realidad, son clínicos, no suelen contar con una fuente de financiación específica para sus proyectos y, a menudo, sienten que sus valores, objetivos y planteamientos de investigación se encuentran en situación de desventaja respecto a, por ejemplo, la investigación básica o incluso clínica (Mayfield, 1990).

Los profesionales sanitarios de la AP en España forman parte del Sistema Nacional de Salud y han estudiado la misma carrera que sus homólogos en el hospital. Sin embargo, la AP se vive como un sector marginado, no considerado suficientemente en sus actividades asistenciales, científicas o académicas (Gómez de la Cámara, 1999).

Gran parte de la investigación que se realiza en AP reproduce el modelo clínico-hospitalario, con la consiguiente escasa investigación en salud pública, epidemiología, gestión y administración sanitaria o metodología de investigación y docencia. Las limitaciones de esta investigación clínico-hospitalaria al ser transferida al ámbito de la AP se traducen, por ejemplo, en la valoración de la eficacia de las intervenciones pero no en la de su efectividad en situaciones reales de implantación, al realizarse ensayos clínicos controlados y aleatorizados en condiciones ideales y con unos criterios de inclusión estrictos y no en población general en condiciones reales (Badía y Lizán, 2002; Vega., 2002; Lizán, 2003); la no-inclusión de comorbilidad o de grupos concretos de la población (infancia, ancianos, mujeres embarazadas, salud mental o zonas rurales) o el hecho de tener en cuenta exclusivamente los resultados intermedios de las intervenciones y no los finales.

En AP, el paciente llega en fases más incipientes de la enfermedad con una transición entre signos y síntomas, muchas veces mal definidos (de ahí la dificultad en codificar y registrar el proceso asistencial), lo que permite realizar un seguimiento continuo y a más largo plazo del paciente y de su estado de salud, definiendo la historia natural de la enfermedad con mayor claridad. En este sentido, se trataría de desarrollar indicadores finales de producto o de resultado que podrían complementarse con indicadores asociados al efecto intermedio de las intervenciones (Segura, 1990).

Esta situación se debe, en parte, a la dificultad para definir la AP de salud y, por lo tanto, a la dificultad para definir la investigación que de ella se deriva. Así, podría definirse la AP como *“la práctica que reconoce la dignidad del paciente como persona y asume la responsabilidad de combinar dicho reconocimiento con unas habilidades preventivas, diagnósticas y terapéuticas”* (Estes, 1990). Sin embargo, la práctica más diferenciada de la AP respecto a la medicina hospitalaria es que, además de enfermos, también se atienden personas sanas o con factores de riesgo que no son propiamente enfermedades, además de la continuidad asistencial que de ella se deriva. En este contexto, la investigación en AP está relacionada con individuos, se basa generalmente en los principios y técnicas de la epidemiología y proporciona un claro énfasis en la prevención, la historia natural de la enfermedad y los resultados terapéuticos, además de abordar también la relación médico/enfermera/o-paciente, la calidad asistencial y la satisfacción de la población respecto a la atención sanitaria recibida.

La investigación así entendida se basa en la interacción del profesional con los pacientes y sus familiares. A través de dicha interacción, los investigadores biomédicos perciben los problemas de salud como una realidad a la que se ha de dar respuesta y no como un ejercicio teórico (Rodés y Trilla, 2001-2002). A su vez, la investigación en AP se centra en el primer contacto entre el individuo y el profesional sanitario, cuando la enfermedad o la preocupación por la misma aparecen.

Dicha investigación, por lo tanto, enfoca un gran abanico de temas en ciencias de la salud y ciencias sociales que se extiende más allá de la investigación clínica tradicional en servicios sanitarios.

Áreas de investigación

Las áreas en las que se basa la investigación en AP son, entre otras, el **diagnóstico de salud** de la comunidad (epidemiología, salud pública, detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías), el **paciente** (sus necesidades, expectativas, entorno familiar, laboral y comunidad), los **hábitos** de vida (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y la **atención** prestada (integración del proceso asistencial, satisfacción, calidad, accesibilidad, equidad). Podría decirse, por lo tanto, que la investigación en AP aplica sus resultados directamente a la población a la que se dirige, estudiándose estadíos más precoces de la enfermedad y estableciéndose una relación continua con los pacientes, estudiando la historia natural de la enfermedad en todo su espectro, de forma continua e *in situ* (Gómez de la Cámara, 1994; White, 2000; Fernández, 2003).

En el ámbito internacional, existen diferentes experiencias de identificación de necesidades en investigación, así como de priorización de los temas a investigar en AP. Las prioridades identificadas se sitúan, generalmente, en temas de medicina basada en la evidencia, calidad asistencial, modelos de organización y provisión de servicios, integración del proceso asistencial, prescripción farmacéutica, análisis económico, comunicación, desigualdades y promoción de la salud, entre otros temas (AHRQ, 2001a,b; Kalucy, 2001).

Propiedades de la investigación

Las características o propiedades de este tipo de investigación realizada en el ámbito de la AP podrían resumirse en los siguientes aspectos (AHRQ, 2001b):

- se basa, fundamentalmente, en ciencias de la salud y ciencias sociales
- trabaja con poblaciones accesibles y bien definidas
- tiene acceso a registros y bases de datos poblacionales
- enfatiza la complejidad de investigar en entornos reales y con datos secundarios
- se centra en la diseminación de resultados prácticos que van a ser clave en la práctica y la gestión de la AP, favoreciendo así la implementación de dichos resultados en el entorno asistencial
- tiene en cuenta áreas más ignoradas en otros entornos de investigación, como la salud mental, la salud dental, la salud materno-infantil o los servicios sociales, entre otras áreas
- puede enfatizar tanto en la atención crónica, como en la aguda o la atención preventiva
- incluye estudios sobre hábitos o estilos de vida y factores de riesgo para la salud
- guía la investigación en otras áreas del conocimiento

En resumen, cuenta con las características de la asistencia continuada, global e integrada con otros ámbitos asistenciales, lo que permite la investigación en aspectos relacionados con la epidemiología y la salud pública, la historia natural de la enfermedad, las características clínicas y terapéuticas de los problemas de salud y los factores de riesgo de la población.

Otro aspecto clave en este sentido es la actitud, interés y motivación de los profesionales de la AP para incorporar la investigación en su práctica diaria. Cabe destacar que los profesionales sanitarios de AP no son de por sí investigadores, necesitando de un apoyo o apoyo metodológico y organizativo que permita la incorporación de actividades relacionadas con la investigación como parte de su trabajo. Así, es importante conocer cuál es esa actitud y la opinión que tienen sobre las barreras o dificultades para poder diseñar estrategias que faciliten la incorporación de la investigación como una actividad más a desarrollar por los profesionales de la AP (Fernández de Sanmamed, 1997; Albert y Pelayo, 1998; Viñas y Castel, 2000; de Wit, 2001).

RESULTADOS E IMPACTO DE LA INVESTIGACIÓN

Infraestructura

En España, gran parte de la investigación realizada en el ámbito de las ciencias biomédicas o ciencias de la salud se realiza fundamentalmente en el Sistema Nacional de Salud, la universidad y los organismos públicos de investigación. En 1980 se creó el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) como un instrumento a través del cual poder consolidar la investigación biomédica y, con ella, la investigación clínica en España (Ricoy, 2001-2002). Más adelante, en 1990, se crearon las primeras Unidades de Investigación, impulsadas por el FIS, y en 1992 se consolidó la Red de Unidades de Investigación (REUNI) (Llobera, 1996). La investigación en AP experimenta así un auge, sobre todo desde la implantación de la reforma en AP, la creación de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria y las Unidades Docentes y la consolidación de algunas Unidades de Investigación como estructuras de apoyo.

Así, las estructuras de apoyo a la investigación en AP han sido importantes para aumentar el número de actividades en investigación pero no suficientes como para conseguir aumentar la contribución científica de la misma (Juncosa, 2003). En este sentido, la recién creada Red de Atención Primaria de la convocatoria de redes temáticas y centros de investigación del Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III, denominada "Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en AP (redIAPP)", supone un reconocimiento a la AP en el entorno de la investigación.

Sin embargo, y a pesar de los avances conseguidos, existen aún situaciones de mejora en la investigación en AP que cabría destacar como, por ejemplo, las siguientes:

- falta de estructuras de apoyo a la investigación
- escasa presencia en la investigación en el ámbito europeo
- escaso número de investigadores que, junto a la dificultad de combinar asistencia e investigación por la sobrecarga y excesiva presión asistencial, no favorece el desarrollo de la investigación
- los distintos proveedores no cuentan con estructuras sólidas de investigación y, aunque existen experiencias importantes en algunos grupos, aún es difícil encontrar un equilibrio entre asistencia, docencia e investigación; así la dedicación de los presupuestos a investigación es casi testimonial
- escasa presencia en los organismos decisores de financiación, en los que, en algunos casos, existe poco conocimiento sobre la AP, así como sensibilidad para apoyarla
- escasa presencia en los organismos evaluadores; así, los proyectos de AP suelen ser evaluados en muchas ocasiones por especialistas de otros ámbitos, pudiendo utilizar unos criterios de evaluación que no se ajustan a la investigación propia de la AP

Producción científica

En la actualidad, existen diferentes modelos que sirven como medida del impacto de la investigación (Buxton, 1996; Camí, 2001; Smith, 2001). Uno de los aspectos utilizados para valorar los resultados de la investigación es la producción científica obtenida por los equipos derivada de los estudios realizados, así como el tipo de revista científica en el que se publican dichos resultados (traducido en el factor de impacto de la revista). En este sentido, también se han analizado estos métodos de medida, así como sus ventajas y limitaciones (Rodés, 1995; Camí, 1997).

Aunque existen diferencias por comunidades autónomas, regionales e incluso entre centros, la productividad científica de los profesionales de la AP en el ámbito español es aún escasa en resul-

tados. Si bien es cierto que actualmente se investiga más en AP de lo que se hacía en décadas anteriores, dicha investigación necesita aún avanzar y consolidarse.

Independientemente de cuál sea el método de medida del impacto de la investigación, y exceptuando algunos grupos ya consolidados, la investigación en AP en España no se encuentra aún al máximo de su potencial. Así, las publicaciones realizadas por sus investigadores se concentran mayoritariamente en un grupo de revistas españolas y, con menor frecuencia, internacionales, siendo mucho más probable el intercambio de ideas, opiniones y resultados de los estudios realizados en el entorno de reuniones científicas, congresos o jornadas de ámbito local o estatal.

Son muchos los estudios realizados en España desde la década de los 70 que describen la producción científica en ciencias biomédicas en el ámbito nacional o por comunidades autónomas. Dichos estudios destacan que la producción científica nacional es reducida, con escasez de publicaciones originales y gran número de revisiones. La investigación en AP aborda, sobre todo, temas relacionados con la clínica y la evaluación, así como con la organización de los servicios sanitarios, siendo menos frecuentes los temas relacionados con la promoción de la salud. Utilizan en su mayoría diseños de estudios descriptivos y análisis estadísticos poco complejos y se produce, en general, escasa colaboración entre instituciones (Gómez de la Cámara, 1993; Alvarez, 1996a; Alvarez, 1996b; González, 1997; Maset, 1997; Simó, 1999; Bellón y Martínez, 2001; Jiménez y Argimón, 2003).

En un estudio realizado por la Sección de Docencia de la SEMFyC sobre la investigación en AP en el período comprendido entre 1999-2002 se pone también de manifiesto la preponderancia de los estudios descriptivos (un 75,5%) respecto a estudios analíticos o experimentales (representando un 5%) del total de estudios de AP. Los temas clínicos más frecuentemente investigados son la diabetes mellitus, la enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial y los factores de riesgo, entre otros. Los temas transversales más cubiertos son el uso racional del medicamento, la calidad asistencial, el manejo de pruebas diagnósticas, la historia natural de la enfermedad, y los hábitos y estilos de vida, entre otros temas (Monreal, 2003).

Estudios bibliométricos publicados con posterioridad en otros grupos profesionales como enfermería o pediatría de AP indican que continúan algunas tendencias detectadas en años anteriores respecto al tipo de diseño y características generales de la investigación en AP. Los profesionales de enfermería en AP cuentan con un gran potencial para integrar en los equipos sus conocimientos derivados del contacto directo con los pacientes, sus familias y la comunidad; sin embargo, es necesario incorporar también conocimientos sobre técnicas y metodología de investigación que contribuyan al desarrollo de nuevas propuestas de estudios (Pearson y Jones, 1997; Pulpón, 1999; Icart, 2001).

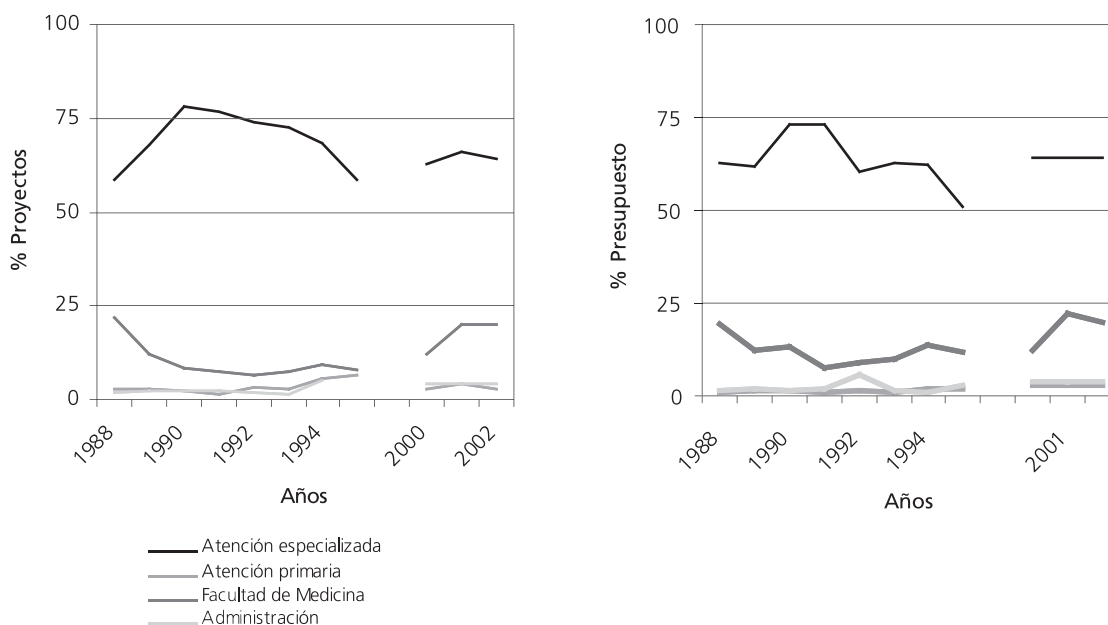
Un análisis realizado a partir de las publicaciones en revistas biomédicas, las comunicaciones a congresos nacionales, o tesis doctorales de los pediatras de AP en el período 1999-2002 destaca que aproximadamente la mitad de los artículos originales son indizados en Medline y/o Embase, la mayor frecuencia de estudios originales descriptivos que tienden a ser publicados en revistas indizadas españolas, siendo anecdótica la presencia en revistas internacionales en lengua inglesa. La mayoría de comunicaciones a congresos se basa en estudios descriptivos o en la presentación de casos o series y aproximadamente la mitad de los trabajos se realizan en colaboración con otros centros o grupos de profesionales (Díaz, 2003).

Respecto a la investigación realizada a través de metodología cualitativa, cada vez más introducida en la investigación en ciencias de la salud y también en la AP, la mayoría de las publicaciones están realizadas por profesionales de enfermería, aunque existen diferencias marcadas según comunidades autónomas (Orts, 2000; March y Prieto, 2003).

Financiación

En cuanto a la cuota de participación de la AP en proyectos financiados por agencias externas, nacionales o europeas, no supera el 4 o el 5 % ni en número de proyectos ni en presupuestos conseguidos, aunque un tercio de los profesionales sanitarios españoles trabaje actualmente en AP (Alvarez, 2003a). El gráfico muestra algunas de estas características.

Gráfico. Proyectos financiados y presupuesto de las convocatorias del FIS (1988-2002)^b



FIS 1988-2002. Progresión porcentual de los proyectos por año y tipo de centro

FIS 1988-2002. Progresión porcentual del presupuesto financiado por año y tipo de centro

Analizando los datos de la investigación en AP por comunidades autónomas, Cataluña, Madrid, el País Vasco y Baleares reciben aproximadamente el 75% del presupuesto que el FIS invierte en la financiación de proyectos de investigación.

La siguiente tabla presenta la relación entre los ensayos clínicos en AP en España respecto al total de ensayos clínicos realizados durante el período 1995-2000.

Tabla. Ensayos clínicos durante el período 1995-2000

AÑO	Total de ensayos clínicos (EC)	Ensayos clínicos en AP	Porcentaje de EC en AP respecto al total
1995	292	8	2,7
1996	468	11	2,3
1997	550	18	3,3
1998	560	12	2,1
1999	509	15	2,9
2000	661	24	3,6
Total 1995-2000	3.040	88	2,9

Fuente: Agencia Española del Medicamento

Como puede observarse, el porcentaje de ensayos clínicos realizados en AP respecto al total de ensayos se ha mantenido aproximadamente igual durante los últimos años. Por lo tanto, en función del tipo de diseños presentados, además, son pocos los ensayos clínicos realizados en el ámbito de la AP, como ya se ha ido indicando a lo largo del documento.

^b Adaptado de: Ricoy, 1996.

SEGUNDA PARTE

Necesidades y perspectivas de futuro de la investigación en el ámbito de la atención primaria

En general, la AP en España se encuentra en un momento de creciente actividad investigadora. Sin embargo, son muchas las dificultades existentes en el entorno asistencial a las que se enfrentan los profesionales de la AP. Así, es necesario incorporar incentivos que faciliten la integración de actividades propias de la investigación con la función asistencial de los profesionales. Ejemplos como la elaboración de contratos que contemplen un tiempo de dedicación (total o parcial) a la investigación, la incorporación en los equipos de AP de profesionales de apoyo al desarrollo de proyectos o una formación en metodología de investigación más completa a nivel pregraduado, entre otros hechos, facilitarían dicha labor.

Resulta imprescindible una mayor dedicación de los profesionales a la investigación. Debería existir la posibilidad de elaborar contratos mixtos asistencia-investigación, o liberar tiempo de forma temporal para dedicarlo a la investigación. Sería necesario también la existencia de contratos de investigador, especialmente en las estructuras de apoyo a la investigación vertebradas geográficamente, junto con otros profesionales como estadísticos, epidemiólogos o informáticos.

La **formación** es un elemento clave sin el que resulta imposible avanzar en la consecución de este objetivo. Tanto los médicos como las enfermeras/os y otros profesionales de la salud necesitan acceder a una formación básica en metodología y diseño de estudios que les permita elaborar preguntas de investigación derivadas de las necesidades concretas de la población a la que atienden y plantear un diseño y una estrategia de recogida y análisis de datos que permita poder avanzar en el conocimiento de los problemas relacionados con la salud que afectan a la población y la mejor forma de solucionarlos.

La formación de postgrado así entendida debería potenciar la existencia de programas de doctorado más adecuados a las necesidades de los profesionales de AP. La formación en investigación en el ámbito de la AP, además, debería ampliarse e incluir dichos programas de formación, mediante contratos a profesionales seleccionados sobre la base de capacidad e interés, aspectos que ya se consideran al terminar el período de formación en otras especialidades.

Además de la formación, la **docencia** constituye otro factor importante en el desarrollo de la investigación de calidad en el entorno de la AP. Los profesionales que tienen a su cargo estudiantes en prácticas o en período de formación de las especialidades (tanto médicas como de enfermería) han de saber incorporar en su programa la transmisión de los valores y las habilidades necesarias para despertar la mentalidad investigadora en sus pupilos.

A su vez, la dirección de los centros ha de velar para que sus profesionales dispongan del tiempo necesario para conseguir dicha formación, incentivando, además, la aplicación a la práctica de los resultados derivados de la investigación, lo que supondría un incremento en la calidad de los servicios proporcionados y, por lo tanto, en el nivel de satisfacción de los profesionales y de los propios pacientes.

Es necesario también establecer una **estrategia de investigación** encaminada hacia:

- la valoración del efecto e impacto de la enfermedad en las personas y sus familias
- el mejor abordaje de patologías crónicas, integrado con otras disciplinas
- la implementación de la medicina basada en la evidencia
- la incorporación del análisis económico y la optimización de los recursos sanitarios
- la valoración de las desigualdades de salud existentes entre determinados subgrupos de la población y su acceso y utilización de los servicios sanitarios
- la educación de los profesionales con el objetivo de actualizar y mejorar la atención prestada
- la valoración y evaluación de la calidad de dicha atención
- el estímulo y análisis de la participación de los pacientes en algunos aspectos del proceso asistencial y la toma de decisiones

- el análisis de los diferentes modelos organizativos y la valoración de sus resultados
- el facilitar la integración del proceso asistencial entre los distintos niveles (atención primaria, hospital y atención sociosanitaria) en el abordaje de determinadas patologías
- el establecimiento de *networks* o relaciones entre diferentes grupos de investigación en AP en el ámbito nacional e internacional
- el establecimiento de políticas de promoción de la salud y de los hábitos y estilos de vida saludables
- el facilitar y realizar formación continuada de los profesionales sanitarios
- el desarrollo y la evaluación de modelos innovadores de prestación de servicios

En resumen, se podría decir que la investigación en AP en el futuro ha de considerar el trabajo **multi-disciplinar** y multicéntrico, partiendo de la base de que la investigación en dicho ámbito se extiende más allá de la práctica del médico de familia e integra diferentes profesionales y perspectivas.

Además, y como consecuencia del tipo de situaciones a las que se enfrenta el profesional de la AP en España, su metodología de investigación tendrá que incluir aproximaciones tanto **cuantitativas** como **cualitativas** (a través de entrevistas con detenimiento o historias de vida, entrevistas semiestructuradas, grupos focales y/o técnicas de consenso) y, si se considera oportuno, la incorporación de los propios pacientes en el proceso de toma de decisiones sobre su propia enfermedad; así como el uso de técnicas de **revisión sistemática** de la evidencia científica y la elaboración de **guías de práctica clínica** para el abordaje de determinadas patologías o procesos asistenciales.

Es necesario establecer **vínculos** con otros grupos de investigación y **consolidar** los grupos o equipos de investigación más experimentados en AP, a la vez que resulta también imprescindible **fomentar el desarrollo** de nuevos grupos que establezcan **líneas de investigación** y profundicen en el análisis de factores propios de la AP, como serían los diseños de investigación más adecuados en la comunidad, la evaluación de resultados en la salud de la población, la equidad, el acceso y la utilización de los servicios sanitarios, la incorporación de nuevos fármacos y tecnologías sanitarias, el cumplimiento terapéutico, las necesidades y expectativas de los pacientes, las desigualdades entre grupos de la población o la inmigración, entre otros temas.

Es preciso, además, integrar la investigación en AP en el ámbito de la investigación biomédica, desarrollando programas conjuntos de investigación con otras disciplinas y con presencia en los grupos o comisiones implicadas en la toma de decisiones. También es preciso aumentar la presencia de la AP en los organismos financiadores de investigación. En este sentido, debería desarrollarse una Unidad de promoción de la investigación de AP (intra y extramural) en el seno del Instituto de Salud Carlos III (INVESAP) que ayudara a potenciar la investigación en AP, a introducir nuevos criterios de evaluación más sensibles a la realidad y necesidades de la AP o a aumentar la presencia de la AP en los proyectos presentados en las diferentes convocatorias de ayudas para la investigación, entre otros ejemplos.

Deberían existir investigadores de AP en las agencias evaluadoras de proyectos. Además, con el objetivo de favorecer el desarrollo de la investigación en AP, debería ofrecerse un apoyo concreto mediante convocatorias específicas de apoyo a la investigación en AP o mediante una mayor atención en las convocatorias competitivas ya existentes. Otro aspecto favorecedor de la investigación en AP sería aumentar la presencia de la AP en la universidad, desarrollándose departamentos específicos de Medicina Familiar coordinados estrechamente con las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria y los centros docentes de pregrado.

Estas facetas que han de promoverse e incentivarse están siendo abordadas en distintos países. Algunos, y así lo corroboran los expertos internacionales consultados a través de este grupo de

trabajo, abogan por una forma de “discriminación positiva” que favorezca la existencia de presupuestos específicos para la investigación y la formación de investigadores en AP. Otros países incorporan centros o institutos con financiación pública que, de forma intra o extramural, promueven y coordinan los distintos aspectos anteriormente mencionados: formación, docencia, estrategia de investigación y líneas prioritarias, metodología, promoción de la investigación y coordinación entre grupos multicéntricos y multidisciplinarios, entre otros aspectos.

En definitiva, la AP deberá ser capaz de fomentar aquellos estudios que respondan a **estrategias** de investigación determinadas, con un interés particular en la investigación que incorpora al **paciente** y al **profesional**. Con una formación metodológica adecuada y una óptima organización de las actividades relacionadas con la investigación, existe una mayor probabilidad de garantizar la validez y la utilidad de los resultados, contribuyendo al avance del conocimiento científico en la AP de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Primary care practice-based research networks. Fact Sheet. [publicación en internet]. Rockville, MD: AHRQ; June 2001a. [consultado noviembre 2003]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/research/pbrnfact.pdf>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Research agenda and areas of interest: Center for Primary Care Research. Rockville, MD: AHRQ; April 2001b. [consultado noviembre 2003]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/about/cpcr/cpcres.htm>
- Albert X, Pelayo M. Construcción y validación inicial de un cuestionario de actitud hacia la investigación en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;21:389-94.
- Alvarez J. La investigación en atención primaria, lejos de su despegue. *Rev Esp Econ Salud*. 2003;2:142-4.
- Alvarez M, López ML, Cueto A. Indicadores bibliométricos de la investigación en atención primaria (1988-1992). *Aten Primaria*. 1996a;18:230-6.
- Alvarez M, Cueto A, López ML. Análisis temático y metodológico de la investigación en atención primaria (1988-1992). *Aten Primaria*. 1996b;18:297-303.
- Anderson A, Wagner E. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Inter Med*. 2003;138:256-61.
- Badía X, Lizán L. Reflexiones sobre la investigación de resultados en salud. *Aten Primaria*. 2002;30:388-91.
- Beasley JW, Hahn DL, Wiesen P, Plane MB, Manwell L. The cost of primary care research. *J Fam Practice*. 2000;49:985-9.
- Bellón JA, Martínez T. La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Aten Primaria*. 2001;27:452-8.
- Bindman A, Majeed A. Organisation of primary care in the United States. *BMJ*. 2003;326:631-4.
- Bodenheimer T. Innovations in primary care in the United States. *BMJ*. 2003;326:796-8.
- Budetti P. The legislative perspective on primary care research. In: AHCPR Conference Proceedings. Primary health research: An agenda for the 90s. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). US Department of Health and Human Services; 1990.
- Buxton M, Hanney S. How can payback from health services research be assessed? *J Health Serv Res Policy*. 1996;1:35-43.
- Camí J. Impactología: diagnóstico y tratamiento. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:515-24.
- Camí J. Evaluación de la investigación biomédica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:510-3.
- Chambers R, Mohanna K. Academic research in primary care. *BMJ*. 2002;324:S25.
- Checkland K. Changing the lens: widening the approach to primary care research. *J Health Serv Res Policy*. 2003;8:248-50.
- Clancy CM, Cooper JK. Approaches to primary care: Current realities and future visions. *American J Med*. 1998;104:215-8.
- De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362:1314-9.
- De Wit NJ, Quartero AO, Zuithoff AP, Nmans ME. Participation and successful patient recruitment in primary care. *J Fam Pract*. 2001;50:976.
- Del Mar C, Freeman G. Primary-care research is not a lost cause. *Lancet*. 2003;361:1749.
- Díaz C. Estudio sobre el perfil investigador de los pediatras de atención primaria (PAP) españoles, período 1999-2002. *Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria*; 2003.
- Douglas JD. Is primary care research a lost cause?. *Lancet*. 2003;361:1474.
- Espinosa de los Monteros J, Díaz V, Toribio A, Rodríguez E, Lagarra V, Conde, J, et al. La investigación biomédica en España (II). Evaluación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) a través de los proyectos de investigación financiados en el período 1988-1999 a centros de investigación, facultades y escuelas. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:225-35.
- Estes H. Where have we been? Where are we going?. In: AHCPR Conference Proceedings. Primary health research: An agenda for the 90s. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). US Department of Health and Human Services; 1990.
- Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria*. 2003;31:281-4.
- Fernández de Sanmamed MJ, De la Fuente JA, Mercader J, Borrell C, Martín C, Birulés M, et al. Factores relacionados con la actividad investigadora de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:283-9.
- Fusté J, Bolívar B, Castillo A, Coderch J, Ruano I, Sicras A. Hacia la definición de un conjunto mínimo básico de datos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2002; 30:229-35.
- García El. Investigación en atención primaria. *SEMERGEN*. 2001;27:190-211.
- Goldfield N, Gnani S, Majeed A. Profiling performance in primary care in the United States. *BMJ*. 2003;326:744-7.
- Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Martín E, Ricoy JR. Análisis de los proyectos de investigación sobre atención primaria presentados al Fondo de Investigación Sanitaria durante 1991. *Aten Primaria*. 1993;11:20-7.
- Gómez de la Cámara A. Investigación en atención primaria. *Centro de salud*. 1994;2(7):531-3.
- Gómez de la Cámara A. La investigación en atención primaria. El ensayo clínico y los estudios observacionales de productos farmacéuticos. *Aten Primaria*. 1999;7:431-5.
- González M, Sáez JM, Marsset P, Sánchez A, Ramos E, Sánchez V. Perspectiva de la atención primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971-1994). *Aten Primaria*. 1997;19:389-94.
- Grandes G. ¿Por qué tan pocos ensayos clínicos en atención primaria? *Aten Primaria*. 2002; 29:97-100.
- Howe A. Is primary care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361:1473-4.

- Icart MT, Pulpón AM, Icart MC. Aplicación de la enfermería basada en la evidencia: de la valoración crítica a la aplicación de la mejor evidencia científica disponible. *Enferm Clín*. 2001;11:166-71.
- Jiménez J, Argimón JM. Investigación en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Elsevier: Madrid; 2003.
- Juncosa S. Que muchos investiguen poco y pocos investiguen mucho. *Aten Primaria*. 2003;31:342
- Kalucy L, Beacham B, Raupach J, Dwyer J, Pilotto L. Priorities for primary health care, research, evaluation and development in Australia. *Primary Health Care Research and Information Service, Department of General Practice*. Adelaide (Australia): Flinders Press; 2001.
- The Lancet. Is primary care research a lost cause? *Lancet*. 2003;361:977.
- Lizán L. ¿Qué tipo de investigación necesitamos en AP?. *JANO, Medicina y Humanidades*. 2003;LXV(1489):836.
- Lewis GS, Schroeder SA. Primary care in a new era: Disillusion and dissolution? *Ann Intern Med*. 2003;138:262-7.
- López G, Planas I. Anàlisi dels models organitzatius europeus en l'àmbit de l'atenció primària. *Fulls Econ Sist Sanit*. 2003;48-54.
- Llobera J, Tamborero G, Pareja A, Esteva M. La red de unidades de investigación y la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 1996;17:128-37.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38:831-65.
- Majeed A, Bindman AB. Commentary: What can primary care in the United States learn from the United Kingdom? *BMJ*. 2003;326:799.
- March JC, Prieto MA. Profundizando en los porqués y los cómo de la investigación en atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:439-40.
- Marsset P, Sáez JM, Sánchez A, Ramos E, Sánchez V, González M. Perspectiva de la atención primaria española a partir del análisis bibliométrico de su producción científica (1971-1994). *Aten Primaria*. 1997;19:389-394.
- Martín Zurro A. Algunas consideraciones y puntos para el debate sobre la atención primaria y sus profesionales y los procesos de cambio de los sistemas sanitarios. *Educ Med*. 2002;5:103-7.
- Mayfield J. Toward a new agenda in primary care research. In: *AHCPR Conference Proceedings. Primary health research: An agenda for the 90s*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). US Department of Health and Human Services; 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de propuestas en el área de biomedicina y de tecnologías en ciencias de la salud y el bienestar elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo para su incorporación al Plan Nacional de I+D+i. (Documento interno).
- Monreal A. Investigación en atención primaria, 1999-2002. Sección de Docencia de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC); 2003. (Documento interno).
- Monreal A, Casado, V, Bonal P. Declaración de Zaragoza: un momento histórico para la medicina de familia y comunitaria y la universidad. *Aten Primaria*. 2003;32:73-6.
- Moore G, Showstack, J. Primary Care medicine in crisis: Toward reconstruction and Renewal. *Ann Intern Med*. 2003;138:244-7.
- Murphy AW. Research and development in Irish primary care. *Irish Med J*. 2000;93:69-71.
- Navarro MD. Investigación y práctica clínica en el entorno sanitario. *El Médico*. 4-VI-1999.
- Orts MI, Comet P, Moreno MT, Arribas MC. Identificación de las prioridades de investigación en enfermería en España. Estudio Delphi. *Enferm Clín*. 2000;10:9-13.
- Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gac Sanit*. 2002;16:182-7.
- Pearson P, Jones K. Primary care-opportunities and threats. Developing professional knowledge: Making primary care education and research more relevant. *BMJ*. 1997;314:817-20.
- Pons JMV. Pasado, presente y futuro de la investigación. [editorial]. *Informatiu AATRM Abril 2003*; (29). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- Pujol C. Las fundaciones de investigación en atención primaria. Asistencia, docencia... ¿investigación?. *Aten Primaria*. 2001;28:295-7.
- Pulpón AM. És la recerca una part de les funcions dels professionals d'infermeria? A: . Actes del 1r Congrés Interdisciplinari d'Atenció Primària, organitzat per l'Institut Català de la Salut. Tarragona, 1999:74-6.
- Reece SM. Community analysis for health planning: strategies for primary care practitioners. *Nurse Pract*. 1998;23:53-6.
- Ricoy JR. Del nacimiento del FIS a la consolidación de un sistema de investigación sanitaria. *Quark Ciencia, Medicina, Humanidad y Cultura*. Oct 2001- Mar 2002;(22-23):33-6.
- Ricoy JR, Guasch MF, Clavería LE. Una aproximación al análisis de un programa I+D. Serie: Investigación FIS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- Rodés J. La necessitat d'investigar en biomedicina a Catalunya. *Salut Catalunya*. 1995;9:42-5.
- Rodés J, Trilla A. La investigación clínica en España: una especie a proteger. *Quark Ciencia, Medicina, Humanidad y Cultura*. Oct 2001- Mar 2002;(22-23):110-3.
- Sandy LG, Schroeder SA. Primary care in a new era: Disillusion and dissolution? *Ann Intern Med*. 2003;138:262-7.
- Segura A. L'efectivitat com a objectiu sanitari principal. *Salut Catalunya*. 1990;4:97-100.
- Showstack J, Anderson A, Hassmiller S. Primary care at a crossroads. *Ann Intern Med*. 2003a;138:242-3.
- Showstack J, Lurie N, Larson EB, Anderson A, Hassmiller S. Primary care: The next renaissance. *Ann Intern Med*. 2003b;138:268-72.
- Simó J, Gaztambide M, Latour J. Producción científica de los profesionales españoles de atención primaria (1990-1997). Un análisis bibliométrico a partir de MEDLINE. *Aten Primaria*. 1999;23(supl 1):14-28.
- Smith R. Measuring the social impact of research. *BMJ*. 2001;323:528.
- Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press; 1998.
- Van der Zee J, Kroneman M, Bolívar B. Conditions for research in general practice. *Can Dutch and British expe-*

- riences be transferred to other countries, for example Spain? *Eur J Gen Pract.* 2003;9:41-7.
- Vega E, García JA, García P, Carvajal A. La investigación en atención primaria debe ser potenciada. *Aten Primaria.* 2002;30:191-2.
- Vinas M, Castel S. Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo. *Aten Primaria.* 2000;26:309-13.
- Wallace P. The need of research in primary care and its organisation. The experience of UK. III Jornades de Recerca en Atenció Primària. Badalona, 28-29 de marzo de 2001.
- Wallace P, Drage S, Jackson N. Linking education, research and service in general practice: Opportunities for the development of university linked general practices. *BMJ.* 1998;316:323-5.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med.* 1961;265: 885-92.
- White KL. Fundamental research at primary care level. *Lancet.* 2000;355:1904-6.
- World Health Organization (WHO). International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 september 1978.
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine). The European definition of general practice/family medicine, 2002. [monografía en internet]. Wonca Europe; 2002. [consultado noviembre 2003]. Disponible en: <http://euract.org/html/page03a.shtml>

ENLACES Y DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Agency for Healthcare Research and Quality.

<http://www.ahrq.gov/research>

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM). Principales centros de investigación en ciencias de la salud en Cataluña. Barcelona: AATRM; 2002. (informe técnico).

<http://www.aatrm.net>

American Academy of Family Physicians.

<http://www.aafp.org>

Anales Españoles de Pediatría.

<http://www.doyma.es>

Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. Barcelona: Mosby-Doyma; 2001.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

<http://www.aepap.org>

Atención Primaria.

<http://www.atencionprimaria.com>

Australian Government. Department of Health and Ageing.

<http://www.health.gov.au>

Camí J, Suñen E, Carbó JM, Coma L. Producción Científica Española en Biomedicina y Ciencias de la Salud (1994-2000). Informe del Instituto de Salud Carlos III-Fondo de Investigación Sanitaria.

<http://www.isciii.es/sgis/mapa>

Centre for Primary Health Care Studies.

<http://www.warwick.ac.uk>

Centre of Quality Assurance Research in Family Practice.

<http://www.equip.ch/index.html>

Centro de Atención Primaria. C@P.

<http://www.cap.semfycc.es/>

Comités científicos de revistas de atención primaria.

http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm

Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria.

<http://www.doyma.es>

Dimensión Humana.

<http://www.semfycc.es/humana/index.htm>

Directorio de Sociedades Científicas Españolas de Ciencias de la Salud.

<http://www.isciii.es>

Fondo de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III.

<http://www.isciii.es>

Formación Médica Continuada.

<http://www.doyma.es>

Fundación Index. Investigación y Cooperación en cuidados de salud.

<http://www.index-f.com>

Fundació Jordi Gol i Gurina.

<http://www.fundaciojgol.org>

Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.

<http://www.msc.es/farmacia/infmedic/home.htm>

INVESTEN-ISCIIL. Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería.
<http://www.isciii.es>

JANO. Medicina y Humanidades.
<http://www.doyma.es/jano>

Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Jornada técnica "El futuro de la profesión médica: un reto para los profesionales". Barcelona: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 2001.
<http://www.fbjoseplaporte.org>

Medicina General.
<http://www.semg.es/revista.htm>

Medicina Clínica.
<http://www.doyma.es>

Medicina Integral.
<http://www.doyma.es>

Medicine.
<http://www.doyma.es>

Médicos de Familia.
<http://www.smmfyc.es/revista.html>

MEDIFAM.
<http://www.medifam.org>

NHMRC Project Grants in Primary Health Care. Commonwealth Department of Health and Ageing, diciembre, 2001.
<http://www.health.gov.au>

Primary Health Care Research and Development.
<http://www.arnoldpublishers.com/journals>

Red Española de Atención Primaria (REAP).
<http://www.reap.es>

Revista Española de Sanidad Penitenciaria.
<http://www.sesp.es/sesp/index1.htm>

Revista Medicina de Familia Andalucía.
<http://www.samfyc.es/nueva/revista/portada.html>

Revista Valenciana de Medicina de Familia.
<http://www.svmfyc.org/Revista/revista.html>

Revista Pediatría de Atención Primaria.
<http://www.dinarte.es/pap>

Salud Rural.
<http://www.jarpyo.es/saludru.htm>

School of Population and Health Sciences. University of Newcastle. Research in primary health care.
<http://www.ncl.ac.uk/pahs/research/primary>

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC).
<http://www.semfyc.es>

Sociedades Autonómicas de Medicina Familiar y Comunitaria.
<http://www.semfyc.es>

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).
<http://www.semergen.es>

XXII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, noviembre 2002.
<http://www.congresosemfyc.org>

GRUPO DE TRABAJO

D. Joan Rodés Teixidor
Presidente
Consejo Asesor de Sanidad

D. José Luis Puerta López-Cozar
Secretario General
Consejo Asesor de Sanidad

Coordinador del grupo de trabajo

D. Joan MV Pons i Rafols
Director
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca
Mèdiques (Barcelona)

D. Xavier Albert Ros
Conselleria de Sanitat Valenciana
Escuela Valenciana de Estudios para la Salud
Unidad docente de Medicina Familiar y
Comunitaria (Valencia)

Dña. Mónica Ausejo
Jefa de Servicio de Evaluación del Gasto
Farmacéutico
Dirección General de Farmacia (Madrid)

D. Bonaventura Bolívar
Fundació Gol i Gorina (Barcelona)

D. Agustín Gómez de la Cámara
Unidad de Investigación
Epidemiología Clínica Hospital 12 de Octubre y
Atención Primaria (Madrid)

D. Gonzalo Grandes Odriozola
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud
Unidad de Investigación de Atención Primaria
de Bizcaia (Bilbao)

D. Joan Llobera Canaves
Conselleria de Salut i Consum
Dirección General de Evaluación, Acreditación,
Formación e Investigación (Mallorca)

D. Joan Carles March Cerdà
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía
Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

D. Antonio Monreal Hajar
Servicio Aragonés de la Salud
Centro de Salud José Ramón Muñoz Fernández
Unidad Docente de Medicina Familiar y
Comunitaria (Zaragoza)

Dña. M^a Dolors Navarro Rubio
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca
Mèdiques (Barcelona)

Dña. Ana Pulpón Segura
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge
Escola d'Infermeria (L'Hospitalet del Llobregat)

D. Andreu Segura Benedicto
Institut d'Estudis de la Salut de Barcelona
CAP Barceloneta (Barcelona)

Dña. Isabel Fernández Fernández
Responsable de Investigación
Distrito Sanitario Aljarafe (Sevilla)
(Mairena del Aljarafe, Sevilla)

D. Carlos A. Díaz Vázquez
Servicio Asturiano de Salud (SESPA)
Pediatra EAP de Moreda (Área Sanitaria 7-
Mieres) (Siero, Asturias)

Asesores internacionales

Dña. Itziar Larizgoitia
World Health Organization (Bruselas, Bélgica)

Dña. Barbara Starfield
The Johns Hopkins Bloomberg School of Public
Health (Baltimore, Estados Unidos)

D. Paul Wallace
Royal Free and University
College Medical School, London (Londres,
Reino Unido)

Anexo A. Plan de trabajo

FASES	MESES (2003)											
	E	F	M	A	My	J	Jl	Ag	S	O	N	D
Reunión 1 Constitución del grupo y metodología de trabajo												
Trabajo de campo (situación actual de la investigación en AP)												
Reunión 2 Situación actual (presentaciones y comentarios)												
Trabajo de campo (tendencias de la investigación en AP en el futuro)												
Reunión 3 Asesores internacionales												
Trabajo de campo (comentarios al documento de trabajo)												
Documento final												

Anexo B. Actas de las reuniones

ACTA DE LA PRIMERA REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO "INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA"

FECHA: 28 de enero de 2003

HORA: 10:00

LUGAR: Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ASISTENTES: X. Albert, M. Ausejo, B. Bolívar, A. Gómez de la Cámara, G. Grandes, J. Llobera, J.C. March, A. Monreal, M.D. Navarro, J. Pons, A. Pulpón, A. Segura.

ORDEN DEL DÍA

1. Presentación de los componentes del grupo
2. Objetivos
3. Plan de trabajo
4. Funcionamiento general

Presentación de los componentes del grupo, objetivos y plan de trabajo

Los tres primeros puntos del Orden del día se realizaron conjuntamente. Así, tras hacer una breve introducción por parte del Dr. Pons sobre los motivos por los que se convocaba la reunión, se dio paso a la presentación de los asistentes para comentar, a continuación, los objetivos del grupo y el plan de trabajo a seguir.

Dentro del plan de trabajo, se establecieron dos fases: 1) la identificación del mapa o diagnóstico de situación actual de la investigación en asistencia primaria (AP) en España y 2) sus tendencias de futuro. Los resultados de dichas fases han de quedar plasmadas en un documento de trabajo. El documento no debería recoger simplemente un conjunto de recomendaciones difíciles de alcanzar sino que debería ofrecer vías o soluciones para que éstas pudieran materializarse.

Otro aspecto clave sería conocer en qué situación se encuentra la investigación en AP, no sólo a nivel nacional sino también en el ámbito internacional. En este sentido, se trataría de identificar los problemas existentes al intentar investigar en AP, priorizar las acciones a llevar a cabo y proponer recomendaciones realistas y justificadas, realizando además un análisis de dicha situación en otros ámbitos y niveles asistenciales.

Así, por ejemplo, se comentó la necesidad de valorar la experiencia previa existente a través del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) y de las Comunidades Autónomas y se resaltó un análisis llevado a cabo en Holanda y en el Reino Unido en el que se valoraban cinco aspectos (tipo de asociaciones científicas impulsoras de la investigación, organización y control de los profesionales dentro del sistema sanitario, formación, participación en la universidad y organización de la infraestructura para la investigación).

El documento final debería, además, resaltar las peculiaridades de la investigación en AP, peculiaridades que no suelen recogerse a través de la valoración del factor de impacto de las publicaciones derivadas y que, por lo tanto, necesitan otras estrategias de recogida y análisis de la información para poder entender la situación de la investigación en AP en su totalidad. De esta forma, se destacó la necesidad de analizar más a fondo determinados casos específicos de la investigación en AP a través de una metodología cualitativa.

Funcionamiento general

En primer lugar se comentó la posibilidad de ampliar el grupo de trabajo si se creía oportuno, destacando la necesidad de incorporar para siguientes reuniones a un pediatra y a dos personas concretas: José Antonio Martínez (SEMERGEN) e Isabel Fernández (SEMFYC).

Se decidió recoger información desde el Ministerio, FIS y las Comunidades Autónomas sobre la experiencia existente y la participación de proyectos de AP en convocatorias de ayudas a la investigación y como miembros de los Comités de Ética e Investigación Clínica (Dr. A. Gómez de la Cámara), además de captar información también sobre estructura para la investigación y planes o acciones en asistencia primaria (Dr. J. Llobera).

Además, se ha de realizar una búsqueda bibliográfica general para situar el contexto de la investigación en AP en nuestro entorno y en el ámbito internacional (Dr. J. Pons, Dra. MD. Navarro), así como la descripción de algunos estudios ya realizados en Europa sobre la organización y la infraestructura de la investigación en AP (Dr. B. Bolívar).

Finalmente, algunos aspectos propios de la investigación en AP pasarían por el estudio y la descripción a fondo, a través de metodología cualitativa, de determinados casos o situaciones que difícilmente serían captados mediante únicamente las acciones detalladas con anterioridad en esta acta (Dr. JC. March).

Se propone una segunda reunión presencial en aproximadamente 4 meses para poner en común la información obtenida. Más adelante, una vez analizada la situación actual de la investigación en AP en España, se abordará el tema de sus tendencias de futuro.

La sesión se da por concluida a las 13:00 horas del día 28 de enero de 2003, sin más comentarios.

Dr. Joan MV Pons

Director
AATRM

Dra. MD Navarro

Unidad de investigación
AATRM

ACTA DE LA SEGUNDA REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO "INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA"

FECHA: 25 de junio de 2003

HORA: 10:00

LUGAR: Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid

ASISTENTES: X. Albert, B. Bolívar, C. Díaz, I. Fernández, A. Gómez de la Cámara, G. Grandes, J. Llobera, A. Monreal, MD. Navarro, J. Pons, A. Pulpón, A. Segura.

Excusan su inasistencia: Mónica Ausejo y Joan Carles March.

- ORDEN DEL DÍA**
1. Presentación de los nuevos integrantes del grupo
 2. Resumen de la primera reunión
 3. Presentación del trabajo realizado durante este período de tiempo
 4. Actividades a llevar a cabo
 5. Calendario
 6. Comentarios

Siguiendo el Orden del día propuesto, se inicia la sesión dando la bienvenida del grupo a los nuevos miembros: Isabel Fernández y Carlos Díaz. Seguidamente JMV Pons realiza una breve recapitulación de la constitución del grupo y su objetivo. Todo parte del encargo por parte del Consejo Asesor de la Ministra de Sanidad y Consumo de constituir un grupo de trabajo que analice la situación actual de la investigación en AP y que realice una serie de recomendaciones futuras. El trabajo debe terminar pues con la elaboración de un documento final que pueda ser entregado al Consejo Asesor a finales de noviembre del presente año.

El grupo, cuya constitución inicial tras diversos contactos, fue sugerida desde la *Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*, se reunió por primera vez el pasado 28 de enero, reunión en la que se distribuyeron diversas tareas entre sus componentes y se acordó la ampliación a otros miembros estrechamente relacionados con la investigación en atención primaria y con la pediatría.

MD Navarro presenta un esquema de los elementos que habrán de constituir el documento. Entre éstos se contempla una primera parte descriptiva sobre el estado actual de la investigación en AP de salud en España y una segunda parte, prospectiva, sobre tendencias de la investigación en dicho ámbito de salud. En la primera parte se pretende caracterizar la investigación en AP a nivel del estado y a nivel internacional, las áreas de investigación, sus resultados e impacto, así como sus peculiaridades y elementos favorecedores o impedimentos. A raíz de esta presentación, se comenta la necesidad de unificar el nombre del grupo, acordándose la utilización del término "atención primaria de salud" en vez de "asistencia primaria".

Posteriormente, B. Bolívar presenta un estudio que próximamente será publicado en el *European Journal of General Practice* (septiembre 2003), que se entrega a los miembros del grupo junto con el acta de la reunión. El manuscrito examina las diferentes condiciones que tanto en Inglaterra como en Holanda han configurado la investigación en AP y si estas condiciones pueden ser transferidas al contexto español. Tanto en uno como en el otro caso, es característica la presencia de estrechos lazos con el mundo académico y la existencia de redes. En el caso español, a pesar de existir numerosos profesores asociados a la universidad, sólo hay una cátedra de AP en la Universidad Autónoma de Barcelona (en Alicante hay un profesor titular de AP, pero no un departamento como tal). Como en otros países, en España hay sociedades científicas que agrupan a los colectivos profesionales relacionados con la AP, siendo las principales la Sociedad Española de

Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) con unos 16.000 afiliados y la Sociedad Española de Medicina Rural y General (SEMERGEN) con unos 3.000. La AP, como área específica de conocimiento, está incluida en la formación de pregrado y en las facultades españolas de medicina en 11 asignaturas optativas y 3 obligatorias. Han tenido lugar conversaciones con el Ministerio de Educación para caracterizar un área de conocimiento específico en AP que posibilite la creación de departamentos universitarios.

Se trata, además, de proponer estrategias que, en conjunto, contemplen la investigación en atención primaria como un elemento de mejora del sistema sanitario. El documento derivado de este grupo de trabajo debería recoger la necesidad de investigar para mejorar la calidad del sistema, aspecto muchas veces infravalorado; además de elaborar recomendaciones necesarias y justificables en este sentido, aunque sean difíciles de realizar.

Se comenta por parte del grupo la existencia de diversas redes de investigación cooperativa aprobadas (y financiadas) recientemente por el Instituto de Salud Carlos III donde participan activamente grupos de investigadores relacionados con la AP. En España, sin embargo y a diferencia de los otros países citados, la investigación en AP surge al margen de la universidad, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y con la creación de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria, las cuales, lamentablemente, carecen de instituciones detrás que las refuercen y den apoyo.

A. Gómez de la Cámara comenta la paradoja de que siempre salga el modelo inglés u holandés, pero nunca se comentan los casos de Bélgica, Francia, Alemania o Italia. En muchos países, España entre ellos, la AP se acaba configurando como un apéndice del sistema sanitario, por lo que habría que estudiar detenidamente qué es lo que pasa y qué tienen en común estos países.

Se entra así, sugerido por A. Gómez de la Cámara, en el reciente editorial del *Lancet* (2003, 361(March 22);977) sobre si la investigación en AP es una causa perdida (*Is primary-care research a lost cause?*). Se comenta el editorial así como otros aspectos relacionados con el especial del *Annals of Internal Medicine* del pasado 4 de febrero de 2003, dedicado enteramente al presente y futuro de la AP. Surgen diversos puntos que se discuten conjuntamente como la fragmentación (diversas sociedades) en AP, que para algunos se considera más una ventaja que un inconveniente, la necesidad de una discriminación positiva o incluso una "cuota" hacia la investigación en AP, la falta de participación de la AP en el nivel de decisión sobre prioridades en investigación, la poca implicación del mundo académico y universitario (demanda de cátedras de MFyC y no cátedras de AP ya que tampoco hay cátedras de medicina hospitalaria). Se menciona también la redundancia presente en muchos ámbitos de investigación biomédica con diversos grupos que investigan sobre lo mismo, remarcándose la falta de una distribución más pertinente y racional de los recursos de investigación.

B. Bolívar plantea (a semejanza de las "research practice" y las "networks" del Reino Unido), la necesidad de financiación en estructuras estables de investigación en AP. Sin embargo, comenta A. Gómez de la Cámara, que esto no es garantía suficiente poniendo el ejemplo de las áreas de salud de la CCAA de Madrid donde cuentan con personal y recursos liberados para la investigación y no obstante sus resultados o su producción es muy baja.

Tiene lugar en este punto un efecto de desánimo generalizado que surge desde la AP y se hace presente en el grupo de trabajo, siendo manifiesto especialmente por parte de los pediatras que trabajan en AP y por parte de la enfermería.

A. Monreal, en su turno, expone lo que ha podido recoger sobre la productividad científica que surge desde el ámbito de la AP. Hoy por hoy están recogidas 396 tesis doctorales y aporta también, desde la SEMFyC, las comunicaciones presentadas en los congresos 1999-2002 y las publicaciones en la revista Atención Primaria (documentación que se distribuye entre los asistentes). Se considera la conveniencia de separar estos dos tipos de producción y se comenta la clasificación de temáticas entre temas transversales y temas clínicos. A. Gómez de la Cámara menciona la

posibilidad de aplicar en este estudio una clasificación de temáticas utilizada previamente y que permitiera captar las tendencias evolutivas en dicha productividad científica. Hay, sin embargo, de acuerdo con el material aportado por A. Monreal, un gran predominio de estudios descriptivos (75,5%), siendo escasos los estudios analíticos (5%). Por parte de J. Llobera se comenta la conveniencia de ampliar este estudio a otras revistas o sociedades científicas estrechamente relacionadas o no con AP como podrían ser Gaceta Sanitaria, Medicina Clínica, otras publicaciones recogidas en el IME, así como en revistas internacionales líderes en AP. La consideración de las comunicaciones en congresos pueden tener su relevancia al mostrar, como sugiere I. Fernández, iniciativas de investigación que quedan truncadas.

En este sentido, C. Díaz expone la necesidad de investigar también en pediatría cuando se habla de AP, señalando que la investigación y la práctica en AP "no empieza a los 14 años", y resaltando la menor cantidad de recursos y reconocimiento cuando se trata de investigar en pediatría de AP.

Se comenta por parte de X. Albert una tesis doctoral (autora: RM Jimeno; directores: J. Merino, V. Gil, G. Cerdá) que analiza con detalle la producción desde el punto de vista bibliométrico que surge desde la AP.

A. Gómez de la Cámara ha recogido datos procedentes de la Agencia Española del Medicamento (AEM) sobre ensayos clínicos que se resumen a continuación. En 1995 la AEM aprobó la realización de 292 ensayos clínicos, en 8 de los cuales (2,7%) participaba (como investigador principal o como otros investigadores) la AP. En el año 2000 se aprobaron 661 ensayos, 24 (3,6%) con participación de AP, aunque sólo 5 son exclusivamente de AP. De estos 24, 16 son fase III y 8 fase IV. El 98% de los ensayos son patrocinados por la industria y, en general, hacen referencia a enfermedades prevalentes (HTA, diabetes, enfermedades respiratorias y psiquiátricas). Se constata un detrimento importante en el número de ensayos clínicos que solicitan autorización a la AEM (400 en el 2002).

I. Fernández presenta los datos recogidos desde el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III en el período 1988-2002 (analizado hasta 1994 por el estudio de Ricoy et al.). El pico de proyectos en AP se alcanzó el año 1996 y, en general a lo largo del período, tanto en número de proyectos como en financiación, la investigación surgida desde la AP (según investigador principal y centro de trabajo) representa menos del 4%. Se comenta el posible sesgo de que investigadores procedentes de AP acaben ubicándose a nivel hospitalario en las solicitudes de financiación.

J. Llobera entrega un borrador de un cuestionario que permita avanzar en el conocimiento sobre las iniciativas y apoyo que desde las distintas administraciones en las CCAA se ofrece a la investigación en AP. Se discute la propuesta entre los miembros del grupo de trabajo, considerándose más conveniente el intentar responder al mismo por parte de los constituyentes del grupo que, de por sí, tienen amplio conocimiento de las 8 CCAA a las que pertenecen. Se intentará abordar el resto de CCAA a través de contactos personales que puedan aportar la información complementaria.

A. Segura presenta un escrito, que se distribuye entre los asistentes, sobre consideraciones alrededor de un eventual programa de investigación en AP de salud. Cabe destacar en el mismo la necesidad de una nítida separación en la actividad investigadora y la asistencial, contemplándose la primera como una responsabilidad explícita cuando así esté presente. Plantea, pues, como una cuestión relevante si es factible promover una dedicación exclusiva a la investigación en AP o hay que limitarse a fomentar una mayor dedicación a la investigación en los profesionales que ocupan su tiempo principal en la práctica asistencial. Factores relacionados pueden ser la masa crítica, la distribución del poder académico en la medicina y las medidas en uso sobre la calidad y cantidad de la producción científica, así como, según recogía el editorial anteriormente mencionado del *Lancet*, las actitudes victimistas de los líderes mundiales de la especialidad. El documento

de A. Segura recoge las reflexiones de Kerr White sobre investigación fundamental a nivel de la AP (Lancet 2000:355:1904-1906) y la necesidad de recuperar la perspectiva naturalista basada en la observación y la curiosidad, centrándose en aquellos problemas importantes de salud que comportan más limitaciones en la calidad de vida de las personas y analizando la influencia de los factores externos al sujeto (familia, comunidad, trabajo) en la salud y la enfermedad.

Finalmente JMV Pons introduce la cuestión del funcionamiento posterior del grupo una vez que la fase descriptiva, realizada ya en gran parte, se complete. A su vez, se considera conveniente, más que la creación de diversos grupos focales, que el propio grupo de trabajo actúe como tal en la consideración de las tendencias y líneas futuras sobre la investigación en AP. Se acuerda convocar una nueva reunión del grupo para debatir sobre esta segunda parte del documento para el próximo 17 de octubre, viernes, en Madrid. Se sugiere que, con antelación, se distribuya entre los distintos miembros del grupo una versión más elaborada del documento con la fase descriptiva del trabajo, así como una serie de cuestiones alrededor de las cuales debería centrarse la discusión del grupo.

Sin más temas que tratar, se levanta la sesión a las 14 h. 15 min.

Madrid, 25 de junio de 2003

Dr. Joan MV Pons
Director
AATRM

Dra. MD Navarro
Unidad de investigación
AATRM

RESUMEN DE LA TERCERA REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO “INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA”

FECHA: 6 de octubre de 2003

HORA: 10:30

LUGAR: Departamento de Sanidad, Generalidad de Cataluña, Barcelona

ASISTENTES: B. Bolívar, I. Larizgoitia, MD. Navarro, JMV. Pons, B. Starfield, P. Wallace

Excusan su inasistencia: X. Albert, M. Ausejo, C. Díaz, I. Fernández, A. Gómez de la Cámara, G. Grandes, J. Llobera, JC. March; A. Monreal, A. Pulpón, A. Segura.

La oportunidad de contar con la presencia de la Dra. Starfield en Barcelona a principios de octubre precipitó, por parte de la coordinación del Grupo de Trabajo, la posibilidad de reunir en esta ciudad a los otros dos asesores internacionales del grupo y comentar los avances a los que se había llegado durante los meses anteriores.

Tras presentar a los asistentes asesores un resumen sobre la creación del grupo, sus objetivos, plan de trabajo y metodología seguida en la elaboración del informe o documento final, se comentan, a grandes rasgos cuáles son los aspectos característicos de la investigación en AP, sus peculiaridades, ventajas y limitaciones, para continuar con una visión de hacia dónde ha de ir la investigación en AP en el futuro y algunas recomendaciones para su implementación.

Los comentarios se centraron, en general, en torno a las siguientes ideas:

- Las características de la práctica de la AP así como los modelos existentes no son generalizables de un país a otro. Igualmente, existen experiencias diferentes en cómo incorporar la investigación en AP.
- Actualmente, existen buenas ideas en AP para desarrollar proyectos de investigación pero falta la suficiente infraestructura, recursos, tiempo o conocimientos como para llevarlos a cabo hasta la aplicación de los resultados de la investigación en la mejora de la práctica diaria.
- Existe la creciente necesidad de establecer vínculos con otras instituciones y con la universidad y enseñar la AP ya en pregrado, crear cátedras universitarias, alianzas con otros grupos de investigación universitarios.
- Ha de existir una política de investigación clara que permita conseguir datos, que atraiga a los profesionales hacia la AP y que facilite la combinación entre asistencia, docencia /formación e investigación.
- Sería necesario establecer tipos de contratos que permitan al profesional de la AP destinar un tiempo a la investigación.

Anexo C. Cuestionario sobre investigación en atención primaria

Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo para la Investigación en la Atención Primaria

Cuestionario sobre investigación en atención primaria en las Comunidades Autónomas

Dirigido al Consejero de Salud de: _____

Cumplimentado por:

Sr./Sra. _____

Cargo _____

Dirección de contacto _____

Teléfono: _____

Correo electrónico _____

Fecha de cumplimentación: _____

Firma: _____

Una vez rellenado envíelo a : _____

En caso de dudas diríjase a : _____

A. Existe en su Comunidad Autónoma (CA) algún Instituto de Investigación en ciencias de la salud

1. Sí (*si hay más de dos, fotocopie esta página las veces que necesite*)
 2. No (*pasar a la siguiente página*)

A.1 Instituto de Investigación en ciencias de la salud

Nombre: _____

1. Es sólo del sistema sanitario
 2. Mixto, del Sistema Sanitario y la Universidad (y otros opcionalmente)
 3. Sólo es universitario
 La atención primaria (AP) no participa en el mismo
 La AP sí participa

¿Cómo participa? Explicar: _____

A.2. Existe en su CA otro Instituto de Investigación en ciencias de la salud

Nombre: _____

1. Es sólo del sistema sanitario
 2. Mixto, del Sistema Sanitario y la Universidad (y otros opcionalmente)
 3. Sólo es universitario
 La AP no participa en el mismo
 La AP sí participa

¿Cómo participa? Explicar: _____

B. Existe en su CA alguna Fundación pública de Investigación en ciencias de la salud

1. Sí (*si hay más de dos, fotocopie esta página las veces que necesite*)

2. No (*pasar a la siguiente página*)

B.1. Fundación pública de Investigación en ciencias de la salud

Nombre: _____

1. Es sólo del sistema sanitario

2. Mixta, del Sistema Sanitario y la Universidad (y otros opcionalmente)

3. Sólo es universitaria

La AP no participa en la misma

La AP sí participa

¿Cómo participa? Explicar: _____

B.2. Hay en su CA otra Fundación pública de Investigación en ciencias de la salud

Nombre: _____

1. Es sólo del sistema sanitario

2. Mixto, del Sistema Sanitario y la Universidad (y otros opcionalmente)

3. Sólo es universitaria

La AP no participa en el mismo

La AP sí participa

¿Cómo participa? Explicar: _____

C. Existe en su CA alguna Unidad de a la Investigación (UAI)

1. No (*pasar a la siguiente página*)

2. Sí Indique el numero de UAI _____

C.1. Respecto a las Unidades de Apoyo a la Investigación de su CA

1. UAI Hospitalarias, sin que participe la AP Número _____

2. UAI conjuntas de Hospital y de AP (con sede sólo en el Hospital): Número _____

3. UAI conjuntas de Hospital y de AP (con sedes en Hospital y en AP): Número _____

nombre: _____

nombre: _____

nombre: _____

nombre: _____

nombre: _____

4. UAI sólo de AP:

1. No (*pasar a la siguiente*)

2. Sí Indique el número de UAI: _____

nombre: _____

nombre: _____

D. Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) de su Comunidad Autónoma

Cuántos CEIC hay acreditados en su Comunidad

Número: _____

D.1. CEIC Regional

1. No hay CEIC regional (pasar a la siguiente)

2. Sí hay CEIC regional

No cuenta con miembros de AP

Sí cuenta con miembros de AP

Número: _____

D.2. Existe algún CEIC sólo de AP

No

Sí

Nombre del CEIC _____

D.3. Respecto a otros CEIC

1. En cuántos hay miembros de AP

Número: _____

2. Existe alguno cuyo **presidente** sea de AP

No

Sí

Nombre del CEIC _____

3. Existe alguno cuyo **secretario** sea de AP

No

Sí

Nombre del CEIC _____

E. Ayudas para proyectos de investigación en ciencias de la salud

E.1. El Gobierno de su CA realiza alguna convocatoria anual específica

1. No (pasar a la siguiente)

2. Sí

Si la respuesta a la anterior pregunta es afirmativa

1. ¿Cuál fue el importe aproximado de la última convocatoria? _____ €

2. ¿Cuántos proyectos se financiaron? _____

3. ¿En cuántos de los financiados el Investigador Principal era de AP? _____

E.2. El Gobierno de su CA realiza otras convocatorias anuales de ayudas a proyectos a las que pueden concurrir proyectos en ciencias de la salud

1. No

2. Sí Indicar qué Consejería(s) las convocan _____

Muchas gracias por colaborar.

Le será remitido el informe que la Comisión elabore con los datos aportados por las CCAA

Indique las observaciones que desee hacer constar en la última página

Anexo D. Diseño de estudio cualitativo

LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO CUALITATIVO

Objetivos

1. Conocer, en opinión de los responsables técnicos de unidades de investigación o de unidades docentes de medicina familiar y comunitaria, los factores clave de éxito o fracaso en el desarrollo de la investigación en atención primaria en su entorno.
2. Conocer, en opinión de profesionales asistenciales de las unidades de investigación o unidades docentes de medicina familiar y comunitaria estudiadas, los factores clave de éxito o fracaso en el desarrollo de la investigación en atención primaria en su entorno.
3. Contrastar los resultados obtenidos en los dos grupos de profesionales entrevistados.

Metodología

- a) Se realizarán entrevistas semiestructuradas a responsables y técnicos de unidades de investigación o de unidades docentes de medicina familiar y comunitaria.

Las personas entrevistadas serán seleccionadas en función de trabajar en unidades que han tenido un alto desarrollo de proyectos de investigación o todo lo contrario. Se sugiere un número de 8-10 entrevistas.

En dichas entrevistas se profundizará en los factores clave de éxito o fracaso en el desarrollo de la investigación en atención primaria en su entorno y desde su experiencia.

El guión de entrevista se consensuará con las personas pertenecientes al grupo de trabajo.

- b) Se realizarán grupos focales con profesionales asistenciales de las unidades de investigación o unidades docentes de medicina familiar y comunitaria estudiadas.

En cada una de las unidades en las que se entrevistarán a los responsables y técnicos se realizarán 2 grupos focales con profesionales asistenciales que hayan desarrollado proyectos de investigación, aunque en estos momentos no tengan proyectos activos.

El guión del grupo focal se consensuará con las personas pertenecientes al grupo de trabajo.



INFORMES DE EVALUACIÓN AATRM

- Pons JMV (coordinación), Navarro MD (redacción), Albert X, Ausejo M, Bolívar B, Díaz CA, Fernández MI, Gómez de la Cámara A, Grandes G, Llobera J, March JC, Monreal A, Pulpón A, Segura A. **La investigación en atención primaria.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Diciembre de 2004 (castellano)
- Oliva G, Pons JMV. **Lavado de semen en parejas VIH serodiscordantes para el uso en técnicas de reproducción humana asistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Septiembre de 2004 (catalán y castellano)
- Serra-Sutton V, Hausmann S, Bartomeu N, Berra S, Elorza Ricart JM, Rajmil L. **Experiencias de investigación y políticas de salud relacionadas con inmigración en otros países europeos. El caso de los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2004 (catalán y castellano)
- Berra S, Elorza Ricart JM, Bartomeu N, Hausmann S, Serra-Sutton V, Rajmil L. **Necesidades en salud y utilización de los servicios sanitarios en la población inmigrante en Cataluña. Revisión exhaustiva de la literatura científica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2004 (catalán y castellano)
- Joan MV Pons. **Decisiones informadas: una (e)lección de sexo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2003 (catalán y castellano)
- MD Navarro, JMV Pons, M. Millaret. **Proceso de evaluación de los proyectos de investigación presentados a la convocatoria "Fundació La Marató de TV3". Enfermedades inflamatorias crónicas.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Septiembre de 2003 (catalán y castellano)
- Oriol de Solà-Morales, Josep M. Elorza. **Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2003 (catalán y castellano)
- Roger Pla, Joan MV Pons, Juan R. Gonzalez, Josep M. Borràs. **¿Hay niveles asistenciales en cirugía oncológica? ¿Los que más hacen, lo hacen mejor? Informe sobre la relación entre volumen de procedimientos y resultados en cirugía oncológica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán y castellano)
- Navarro MD (coordinación), Sánchez E, Aymerich M, Guillamón I, Espallargues M, Pons JMV. **Proceso de evaluación de los proyectos de investigación presentados a la convocatoria de La Fundació La Marató de TV3 sobre el SIDA.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán y castellano)
- Gallofré M. **Neuroradiología terapéutica en la patología vascular cerebral.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán)
- Estrada M.D. **Estado del conocimiento sobre la electroestimulación medular de doble electrodo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo de 2003 (catalán)
- Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E i Comas M. **Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas y artroplastia de cadera y tobillo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero de 2003 (catalán)
- Oliva G, Estrada M.D. **Tratamientos de hiperestimulación ovárica controlada en las técnicas de reproducción humana asistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2002 (catalán)
- Oliva G. **Ciclo de tratamiento en las técnicas de reproducción humana asistida. Delimitación del concepto.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2002 (catalán)
- Unidad de investigación. **Principales centros de investigación en ciencias de la salud en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2002 (catalán, castellano e inglés)
- Estrada M.D. **Pacientes con respuesta baja a la hiperestimulación ovárica controlada en la reproducción humana asistida. Definición, factores de pronóstico y**

Indicar el informe de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques que quiera recibir:

Título: _____

Idioma: catalán castellano inglés

Datos del solicitante

Nombre y apellidos: _____

Centro: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ País: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

- posibles abordajes.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2002 (catalán)
- Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Oftalmología (SCO). **Cirugía de catarata: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
 - Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica i Traumatología (SCCOT). **Libreración del túnel carpiano: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
 - Miembros de la AATM, Representantes de la Sociedad Catalana de Cirugía Ortopédica i Traumatología (SCCOT). **Artroscopia de rodilla: definición de criterios de indicación y utilización en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2002 (catalán)
 - Oliva G, Vilarasau J, Martín-Baranera M. **La valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes: práctica y opinión de los profesionales implicados.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán y castellano)
 - Estrada MD. **El antagonista Cetrorelix vs los agonistas de la hormona de liberación gonadotropínica (GnRH). Eficacia, seguridad y coste de la supresión hipofisaria para la reproducción humana asistida.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán)
 - Alonso C, Císnal M, García D, Grau I, Onaga H, Pallarés R. **Epidemiología de la resistencia bacteriana en el área del Baix Llobregat.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2002 (catalán y castellano)
 - Pons JMV. **El trasplante de hígado en donante vivo.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero de 2002 (catalán y castellano)
 - Estrada M.D, Parada I. **Registro de equipamientos de tecnología médica en Catalunya (31 de octubre de 2000).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre de 2001 (catalán y castellano)
 - Larizgoitia I. **Diagnóstico precoz del cáncer cervical: conocimiento actual sobre viejas y nuevas tecnologías.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre de 2001 (catalán y castellano)
 - Almazán C, Espallargues M. **Fototerapia extracorpórea (fotoaféresis) para el tratamiento del Síndrome de Sézary y la enfermedad del injerto contra el huésped.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio de 2001 (catalán y castellano)
 - Felisart J, Requena J, Roqueta F, Saura RM, Suñol R, Tomàs S. **Servicios de urgencias: indicadores para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2001 (catalán y castellano)
 - Estrada MD. **Síndrome de fatiga crónica.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2001 (catalán)
 - Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. **Situación y abordaje de las listas de espera en Europa.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre de 2000 (catalán)
 - Picaza JM, Serra-Prat M, Gallo P. **El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el último mes de vida: el papel de los PADES.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Octubre 2000 (catalán y castellano)
 - Serra-Prat M, Espallargues M, Gallo P, Torné E. **Prescripción de antiretrovirales en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2000 (catalán)
 - Gallo P, Serra-Prat M, Granados A. **Equidad en la provisión de servicios sanitarios en Cataluña.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio de 2000 (catalán, castellano e inglés)
 - Pons JMV. **Membranas de alta permeabilidad en la hemodiálisis.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo de 2000 (catalán)
 - Gallego R. **Tipo de agencias y estructuras presupuestarias: Análisis de la separación entre comprador y proveedor en la administración sanitaria catalana.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril de 2000 (catalán, castellano e inglés)
 - Larizgoitia I, Estrada MD, García-Altés A. **FSH-recombinante como adjuvante en la reproducción asistida. Algunos datos sobre eficacia y eficiencia de la FSH recombinante en relación con la FSH de origen urinario.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Febrero de 2000 (catalán, castellano e inglés)
 - Serra Prat M. **Cribraje neonatal de la fibrosis quística.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 2000 (catalán)
 - Pons JMV. **El tratamiento de infusión subcutánea continua de insulina con bomba portátil en enfermos con diabetes tipo 1.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 2000 (catalán y castellano)
 - Estrada MD. **Eficacia y seguridad de la lipoplastia por ultrasonidos interna (o endotermólisis).** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1999 (catalán y castellano)
 - Larizgoitia I. **Amigdalectomía: evidencia científica, práctica clínica e incertidumbres.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo 1999 (catalán y castellano)
 - Almazán C, Gallo P. **Evaluación de la aplicación de la telemedicina en neurocirugía: Beneficio clínico de la telemedicina. Evaluación económica de la telemedicina.** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Mayo 1999 (inglés)

- Pons JMV. **Elementos para la mejora de la efectividad y la eficiencia en la sustitución protésica de cadera** Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (catalán)
- Pons JMV. **La elongación de extremidades en la acondroplasia**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Abril 1999 (catalán)
- Larizgoitia I. **Eficacia y efectividad del láser Holmium: Yag en cirugía ortopédica**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo 1999 (castellano e inglés)
- Almazán C. **El efecto de los campos electromagnéticos residenciales en la población infantil**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1999 (catalán)
- Tous F, Piqueras J. **Criterios mínimos de calidad de las exploraciones con tomografía computadorizada**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1998 (catalán)
- Jovell AJ, Aymerich M, García-Altés A, Serra-Prat M. **Guía de práctica clínica del tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* asociada a la úlcera duodenal en atención primaria**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Setiembre 1998 (catalán)
- Aymerich M, García-Altés A, Jovell AJ. **Revisión de la evidencia científica de las implicaciones clínicas y económicas de la resistencia bacteriana a la vancomicina**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1998 (catalán)
- Aymerich M, Almazán C, Jovell AJ. **Evaluación de la ecografía obstétrica para el control del embarazo en la atención primaria**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1997 (catalán y castellano)
- Pons JMV. **La terapéutica inhalatoria con óxido nítrico**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1997 (catalán)
- Serra-Prat M, Aymerich M, Jovell E, Jovell A. **Eficacia y seguridad del tratamiento trombolítico en el tromboembolismo pulmonar**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1997 (catalán)
- Oliva G., Almazán C. **Análisis del MTI Photoscreener™ para la detección precoz de anomalías visuales en la infancia**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Marzo 1997 (catalán y castellano)
- AHFMR, SBU, AATM, OSTEB, NHS-CRD. **Efectividad del cribaje con densitometría ósea y del uso del tratamiento hormonal sustitutivo y de la calcitonina de salmón inhalada en la osteoporosis**. I proyecto de colaboración internacional de la *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*. Edmonton: Canadá; Septiembre 1996 (castellano e inglés).
- Bos M, Carlsson P, Kooij S, Liaropoulos L, Sampietro-Colom L, Schilling J y el subgrupo "Technology Assessment and Insurance Coverage" del Projecte EUR-ASSESS. **El papel de la evaluación de la tecnología médica en el establecimiento de políticas de cobertura de servicios: el caso del tratamiento invasivo en cardiología en cinco países europeos**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Diciembre 1996 (catalán e inglés)
- Pons JMV, Granados A. **El desfibrilador automático implantable: la experiencia catalana (1989-1995) y elementos en su evaluación**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enero 1997 (catalán)
- Pons JMV, Jovell AJ. **Los trombolíticos sistémicos en el infarto cerebral agudo**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Borràs JM, coordinador. **El cribaje de cáncer de mama en Cataluña: coste-efectividad, impacto asistencial y coste del tratamiento del cáncer de mama**. Barcelona: Institut Català d'Oncologia i Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Pons JMV. **La revascularización transmiocárdica con láser**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Noviembre 1996 (catalán y castellano)
- Aymerich M, Jovell AJ. **Revisión de la evidencia científica de los productos comerciales basados en los campos electromagnéticos**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Agosto 1996 (catalán y castellano)
- Sampietro-Colom L. **Queratectomía fototerapéutica con láser Excímer**. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Julio 1995 (catalán y castellano)



**Miembro fundador de la Red
Internacional de Agencias de
Evaluación de Tecnología Médica
(INAHTA)**



**Centro colaborador de la
Organización Mundial de la Salud
en Evaluación de Tecnología
Médica**



**Miembro de la Red IRYSS. Red de
investigación cooperativa para la
Investigación en Resultados de
Salud y Servicios Sanitarios**