

La investigación como eje vertebrador de la innovación en Atención Primaria



José Miguel Morales Asencio

Catedrático de Universidad

Facultad de Ciencias de la Salud. UMA

IR Grupo C-13 "Cronicidad, Dependencia, Cuidados y Servicios de Salud"

Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA-Bionand)



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA



FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad de Málaga



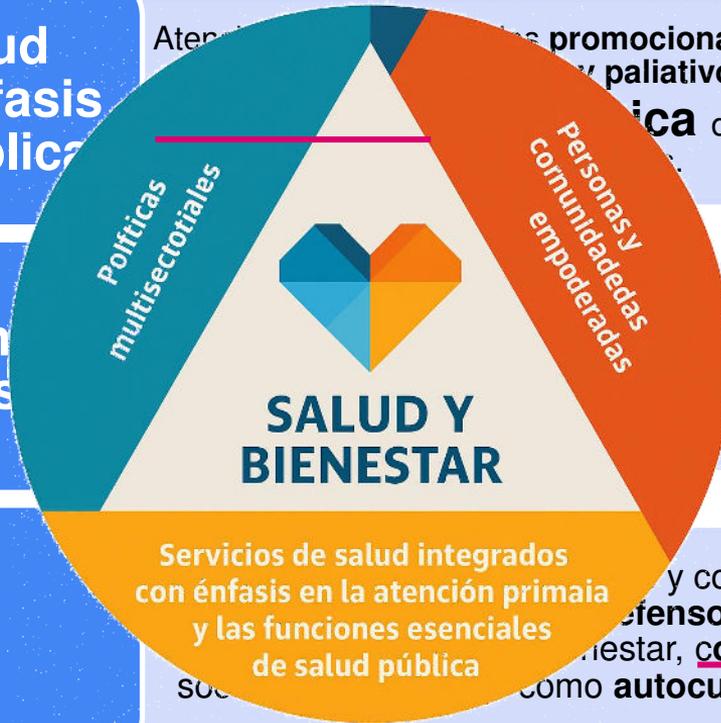
X@jmmasencio

Declaración de Astaná: componentes de la

Servicios de salud integrados con énfasis en AP y Salud pública

Políticas y acciones multisectoriales

Personas y comunidades empoderadas



Atención de servicios promocionales, protectores, preventivos, paliativos a lo largo del curso de vida.

Política de servicios clave de salud para

Intervenciones sociales de la salud mediante políticas fundamentadas en la evidencia

Servicios de salud integrados con énfasis en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública y comunidades para que **optimicen defensores de políticas** que promuevan el bienestar, co-desarrolladores de servicios como **autocuidadores y cuidadores** de otros.

Declaración de Astaná: componentes de la Atención Primaria

ENFOQUE DE APS

Servicios de salud integrados con énfasis en la atención primaria y funciones esenciales de salud pública

Personas y comunidades empoderadas

Política y acción multisectorial

PALANCAS DE APS

Palancas estratégicas

1. Compromiso político y liderazgo
2. Gobernanza y marcos de políticas de salud
3. Financiación y asignación de recursos
4. Implicación de las comunidades y otras partes interesadas

Palancas operativas

1. Modelos de atención
2. Fuerza laboral de atención primaria de salud
3. Infraestructura física
4. Medicamentos y otros productos sanitarios
5. Interacción con proveedores del sector privado
6. Sistemas de compra y pago
7. Tecnologías digitales para la salud
8. Sistemas para mejorar la calidad de la atención
9. Investigación orientada a la atención primaria de salud
10. Monitorización y evaluación

RESULTADOS DE APS

Mejora del acceso, utilización y calidad

Mejora del alfabetismo en salud y la búsqueda de atención

Determinantes de la salud mejorados



Cobertura Sanitaria Universal

Marco Operativo para Atención Primaria

ESTRATEGIAS POLÍTICAS



Aumentar la **financiación específica destinada al desarrollo de capacidad investigadora de AP** → Institutos nacionales de investigación, → Financiación dedicada: convocatorias estándar y específicas de proyectos.



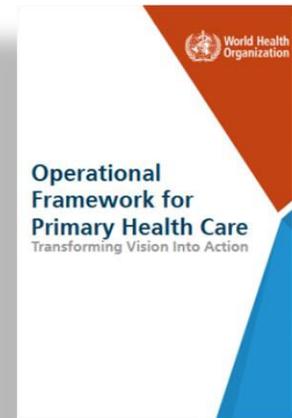
Adoptar modelos eficientes de **transferencia de conocimiento**, en los institutos de investigación en AP



Aplicar un **enfoque de equidad** a la investigación y evaluación de políticas de sistemas de salud.



Desarrollar e implementar enfoques de **co-producción** en la investigación con los pacientes y comunidades (requisito para acceder a proyectos financiados con fondos públicos)



¿SOBRE QUÉ PRIORIZAR LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA?



Declaración de Astaná

Investigación orientada a la Atención Primaria



Estrategias que aborden necesidades de la población y cómo **establecer prioridades**.



Formas óptimas de **involucrar** a las personas, comunidades y otros actores multisectoriales en la mejora de los resultados en salud.



Reforzar el enfoque en la **equidad**, cómo abordar eficazmente la **brecha urbano-rural** o las dimensiones de **género** en la salud.



Garantizar la prestación de servicios esenciales durante **situaciones de emergencia**.



Identificar los mejores enfoques para responder adecuadamente a la **multimorbilidad y la polifarmacia**.



Comprender la calidad de los servicios de salud (efectividad, orientación a las personas, oportunidad, integración, eficiencia y seguridad)



Investigación operativa para evaluar el **impacto de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad**.



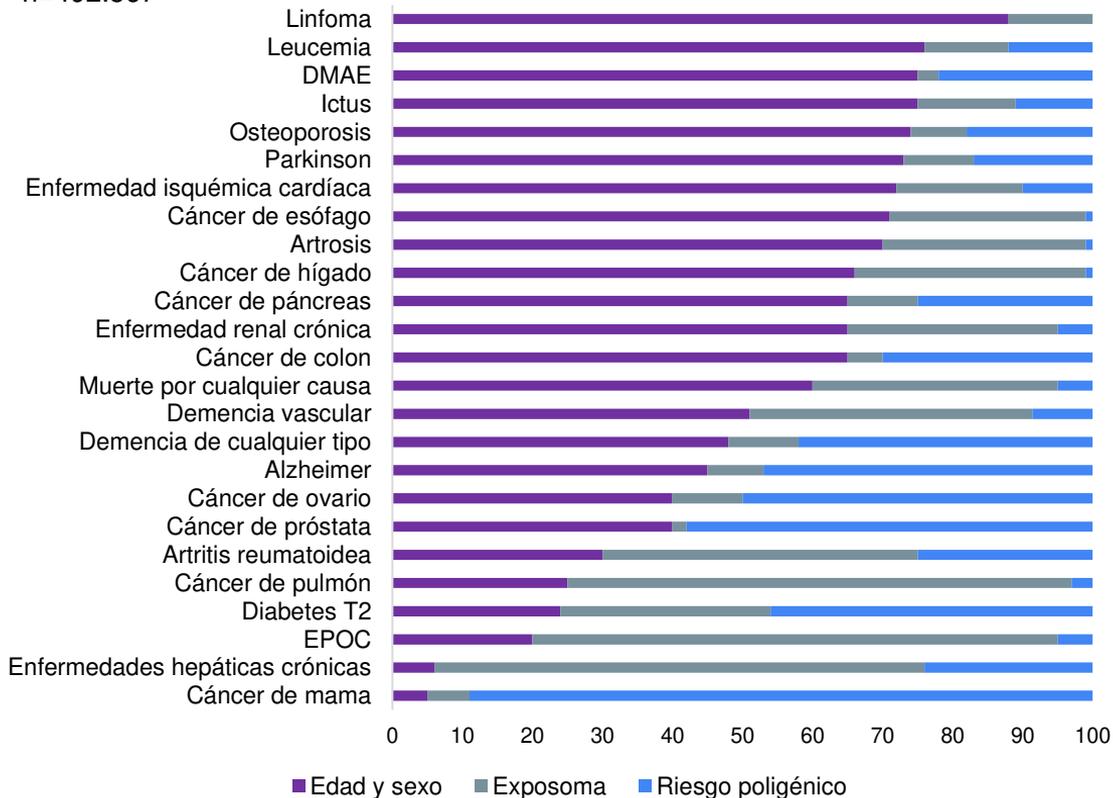
Evaluar el impacto y las **modalidades más eficaces** de la prestación de servicios incluyendo sus implicaciones en **equidad**.



Desarrollar y apoyar modelos de **transferencia de conocimiento**
>80*10⁶ consultas /año

La determinación “de fábrica” y la interacción con el entorno

n=492.567



Principales factores de muerte prematura y envejecimiento



Tabaquismo



Sedentarismo



No vivir en pareja



Desigualdad



Falta de bienestar físico y mental



↓ ↓ Sueño



Tabaquismo embarazo



Retardo crecimiento 1ª década

CRONICIDAD

80,2%

de las consultas de AP

95,4%

de las atenciones domiciliarias

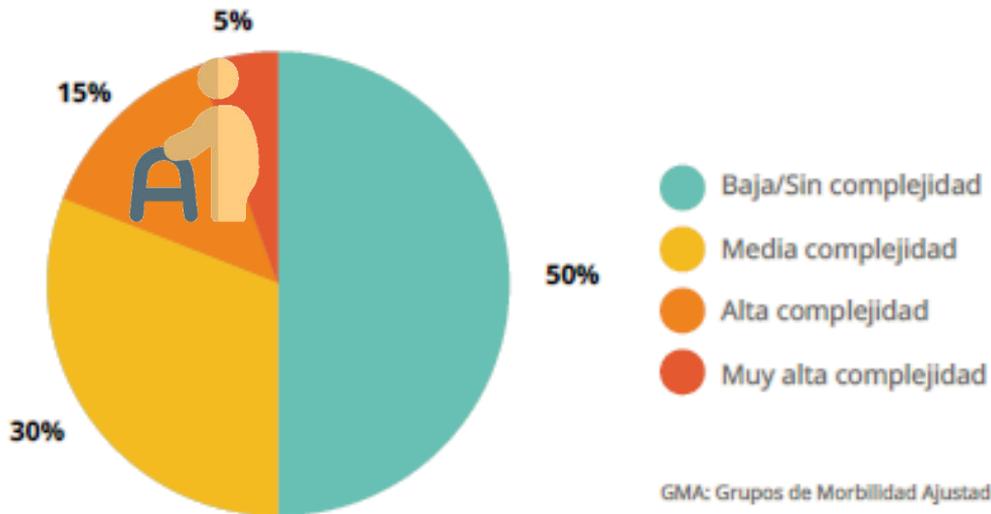
**Sistema
socio-sanitario
invertido y
anémico**

Servicios de salud

Población andaluza con cronicidad compleja



20% 1.730.000 andaluces

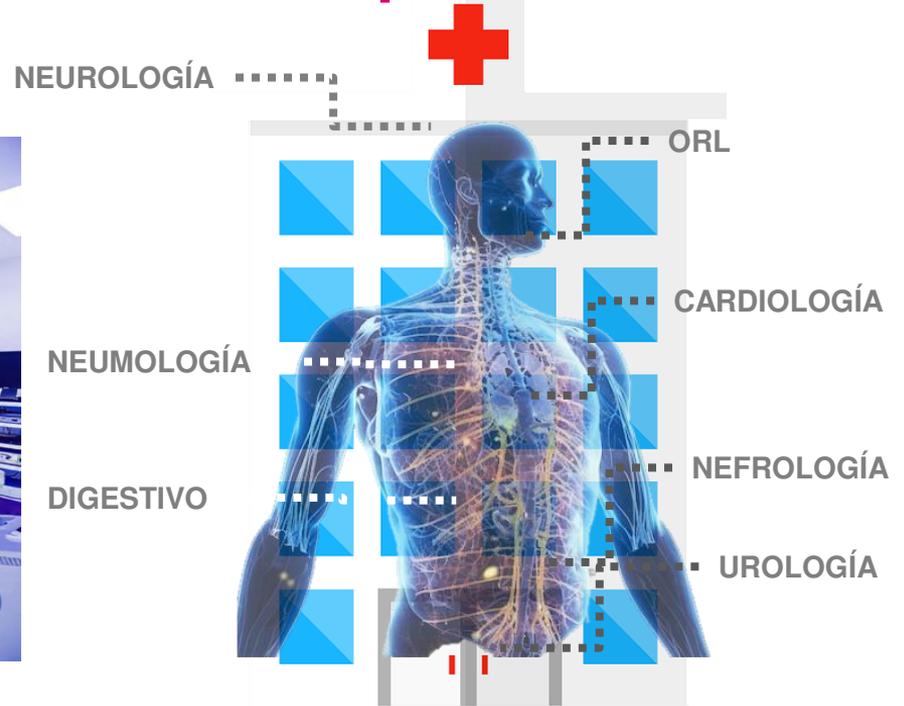


Un sistema excelente para la atención aguda...

¡Cuidémoslo muchos años!



Pero basado en un sistema sanitario **hospitalocéntrico**



Hospitales organizados como en el siglo XX: por órganos y aparatos

Basado en “episodios”

Que fracasa repetidamente ante otro tipo de demandas

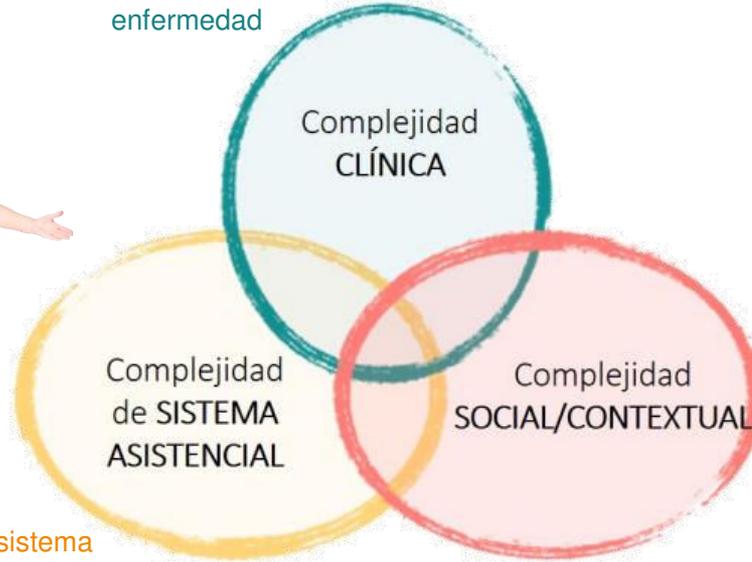


Que necesitan un enfoque integral, continuidad y coordinación

Complejidad: un fenómeno multidimensional

El propio sistema sociosanitario es una fuente de complejidad (¿modificable?)

Interacción entre una multitud de factores relacionados con la enfermedad



Necesidades sociales y malestar psicosocial generado por la enfermedad, que pueden agravar o dificultar la gestión de la complejidad sanitaria, así como la funcionalidad social para atender las necesidades de salud con/en la misma red de soporte social por el impacto de factores de riesgo social y psicosocial presentes

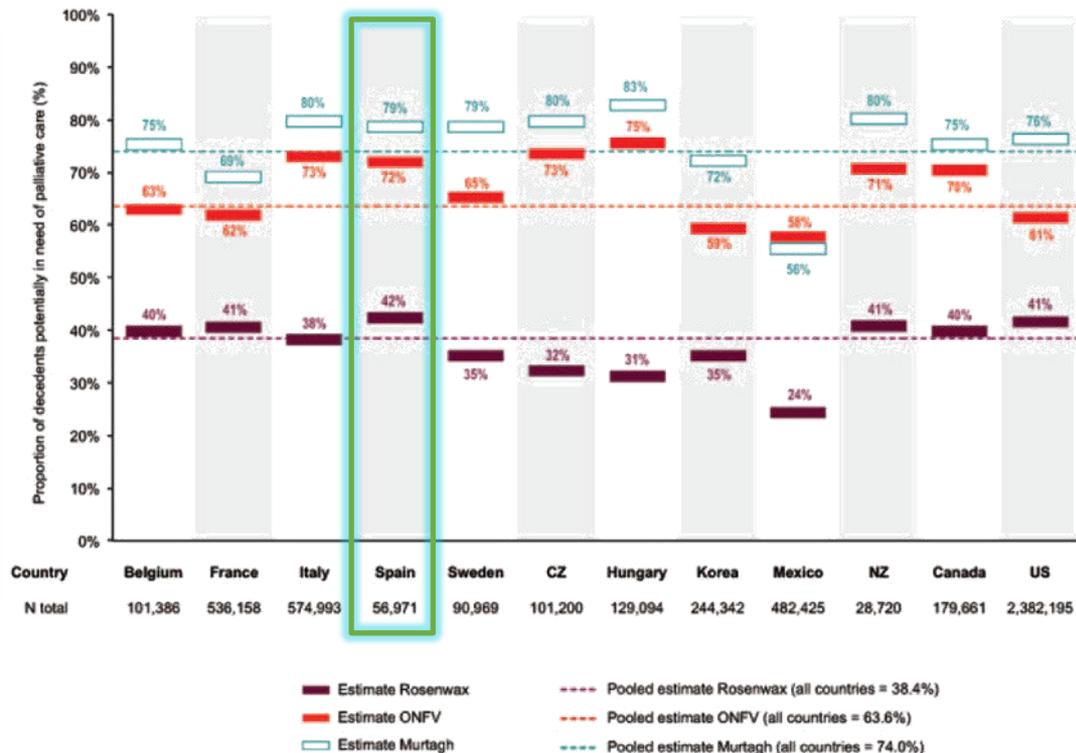
Cuando el propio sistema acaba convirtiéndose en una fuente de complejidad

1. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., et al. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011. <http://www.health.qld.gov.au/ahwac/docs/cet/complexcarefull1.pdf>
2. Ambás J, Amil P, Bocanegra I, Bullich I, Contel JC, Gil E, Giráldez G, González A, Melendo EM, Mir Victoria, Ruiz R, Santa Eugènia S. Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles con cronicidad compleja (PCC) o avanzada (MACA). Departament de Salut . Generalitat de Catalunya 2021

Necesidad poblacional de Cuidados Paliativos en España



↑200.000



1. Morin L, Aubry R, Frova L, MacLeod R, Wilson DM, Loucka M, Csikos A, Ruiz-Ramos M, Cardenas-Turanzas M, Rhee Y, Teno J, Öhlén J, Deliens L, Houttekier D, Cohen J. Estimating the need for palliative care at the population level: A cross-national study in 12 countries. *Palliat Med.* 2017 Jun;31(6):526-536.
2. ATLAS de Cuidados Paliativos. 2019

Cuidados Paliativos: ¿detección “a tiempo”?

Solo 12 países mostraron equipos de Atención Primaria que identificasen más del 20% de pacientes de sus cupos para recibir cuidados paliativos antes de morir

Chapter 1. Specialised Palliative Care Services for adults across Europe

TECHNICAL DATA ON THE 2019 EAPC SURVEY ON SPECIALISED SERVICES FOR ADULTS

Population: 54 countries of the Europe WHO region and Liechtenstein.

Survey Details

Areas explored: 5 main health indicators

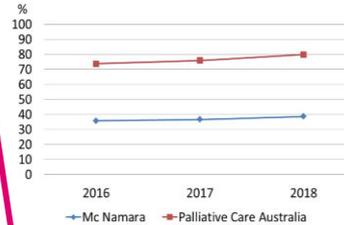
THE NUMBER OF SPECIALISED PALLIATIVE CARE (PC) SERVICES IN A COUNTRY IS ONE OF THE BEST INDICATORS OF THE NATIONAL PC DEVELOPMENT, ACCORDING TO THE EXPERTS (1)

staff, on other occasions care can be provided in hospitals, where **Palliative Care Units** with their own beds are organised, or also in mobile teams or hospices.

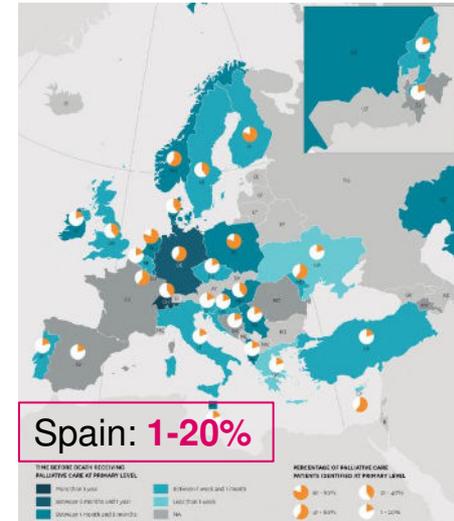
Natalia Arias, Eduardo Garralda, Carlos Centeno.

Indicadores de evaluación L1 (Atención integral) Periodo 2015-2019

Proporción de pacientes con necesidades paliativas de 15 y más años identificados en atención primaria (OE 1.1)



CIAP2: A99.01
CIE-9MC: V66.7
CIE10-ES: Z51.5

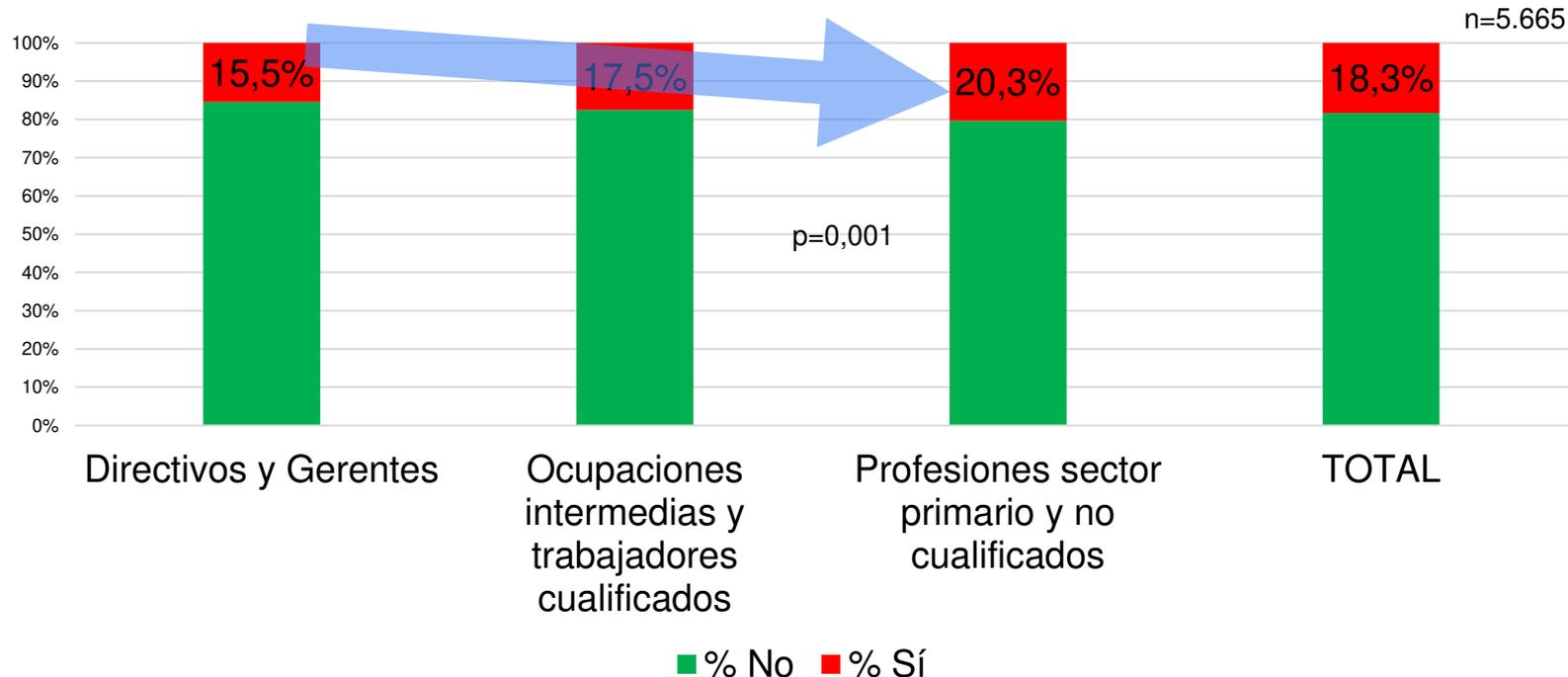


Palliative care should be provided at all levels of care. Early detection of PC patients should be carried out in primary care services in the community and should be provided to a majority of patients by primary care professionals. However-

Indicadores de Atención Primaria –BDCAIP. (Ministerio de Sanidad) y Estadísticas de defunción según causas de muerte.

Jornada de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS

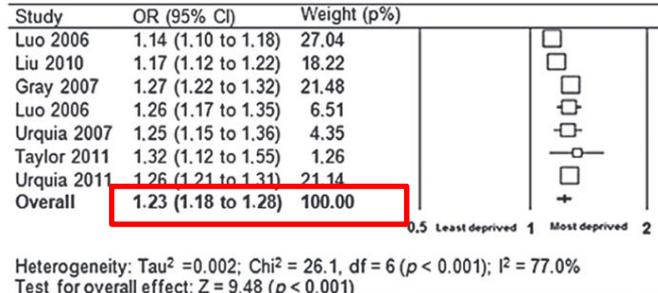
Padecer alguna enfermedad crónica (0-14 años) según clase social ocupacional de la familia



La salud maternal...no está igual de garantizada para todos

Las mujeres que viven en barrios más deprimidos tienen **más riesgo** de:

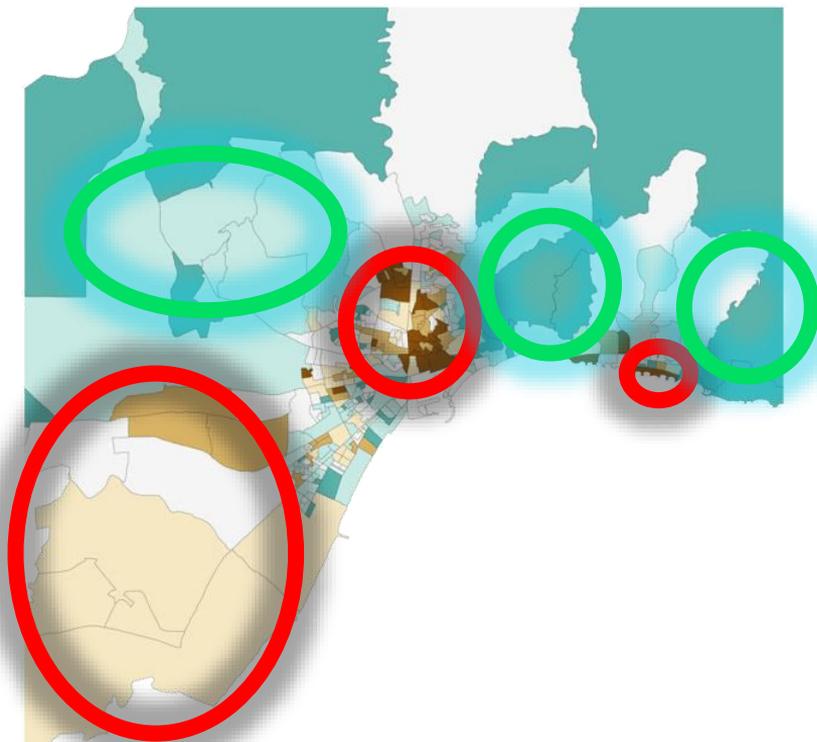
- Parto prematuro
- Retraso del CIU
- Pérdida fetal



Un ejemplo: investigar en factores de riesgo cardiovascular en los CS ¿sin tener en cuenta el código postal?

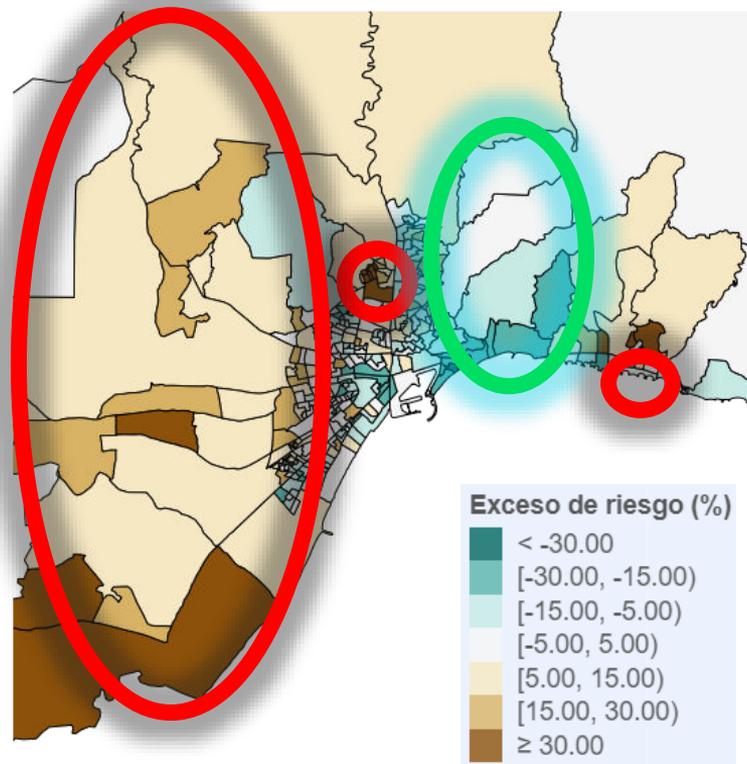
Mortalidad Municipal en Málaga

Patrón espacial de la mortalidad por Cardiopatía isquémica
Hombres, 1996 - 2015



Mortalidad Municipal en Málaga

Patrón espacial de la mortalidad por Cardiopatía isquémica
Mujeres, 1996 - 2015



Tipos de investigación

Según su finalidad:

- Básica
- Aplicada

Según el paradigma desde el que se aborda el problema:

- Cuantitativa
- Cualitativa
- Mixta

Según el área de evaluación:

- Investigación clínica
- Investigación epidemiológica y de Salud Pública
- Investigación de Servicios de Salud

Clínica

- ✓ ESTIL
- ✓ ATEN
- ✓ DIAGN
- ✓ PROC
- ✓ FÁRM
- ✓ COND
- ✓ PREV
- ✓ SOPO
- ✓ REHA
- ✓ A LA S
- ✓ CUIDA



CUALITATIVA



CUANTITATIVA

M. MIXTOS

✓ TRANSFERENCIA CONOCIMIENTO

- TRANSMISIÓN
- ✓ CRIBADOS
- ✓ ONE HEALTH
- ✓ COHORTES DE PRECISIÓN

...a y de
...ca
...SGO

Marco Operativo para Atención Primaria

ESTRATEGIAS

OPERATIVAS



Apoyar el desarrollo de **redes de investigación** en AP



Apoyar la **investigación sobre el impacto** de la implementación de intervenciones efectivas



Involucrar a las comunidades en el desarrollo de una agenda compartida para la salud pública

Marco Operativo para Atención Primaria

ESTRATEGIAS

PARA LAS COMUNIDADES



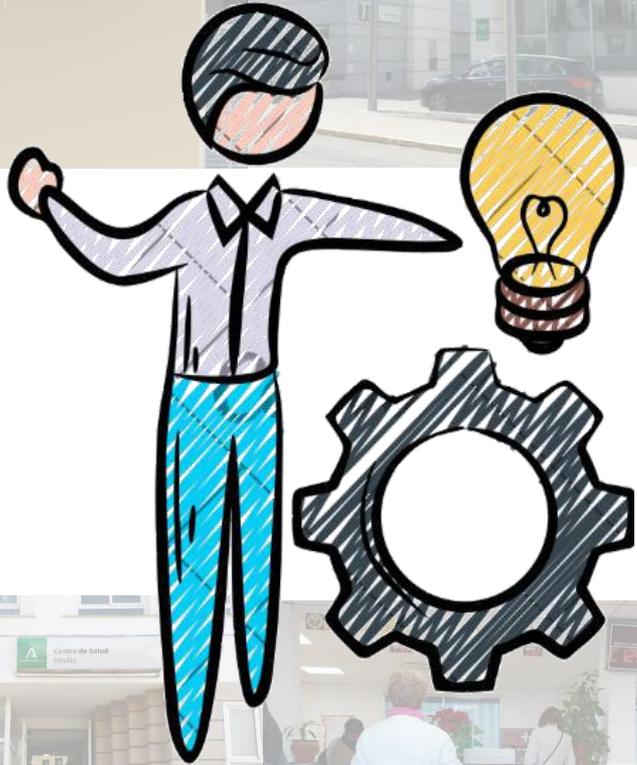
Promover la participación de las personas y las comunidades en la formulación de preguntas de investigación, el diseño, la ejecución y la difusión de los estudios.



Mecanismos de participación pública y de pacientes: **comités asesores comunitarios.**

Investigación en Atención Primaria

¿Barreras y facilitadores?

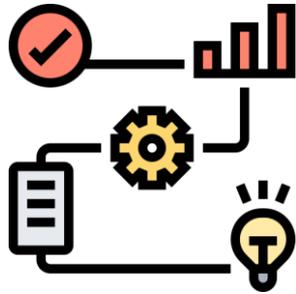


EL CONTEXTO QUE SURGE SIEMPRE EN LOS ANÁLISIS ESTRATÉGICOS

OPORTUNIDADES	<ol style="list-style-type: none">1. CONSOLIDACIÓN FORMACIÓN POST-GRADO2. ACREDITACIÓN3. GESTIÓN CLÍNICA4. INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN5. POLÍTICAS INCENTIVADORAS	<ol style="list-style-type: none">1. INCERTIDUMBRE2. VARIABILIDAD3. ↑↑↑ ACTIVIDAD ASISTENCIAL4. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA5. ESCASA TRAYECTORIA EN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS6. BAJA REPRESENTATIVIDAD Y VISIBILIDAD (UNIVERSIDAD, MEDIOS, ETC)	DEBILIDADES
AMENAZAS	<ol style="list-style-type: none">1. SISTEMA HOSPITALOCÉNTRICO2. HEGEMONÍA DEL BIOLOGICISMO3. ↑↑ DE LA DEMANDA4. ESTUDIOS DE BAJA PERTINENCIA PROMOVIDOS POR LA INDUSTRIA5. INFRAFINANCIACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA VS HOSPITALARIA	<ol style="list-style-type: none">1. “QUASI” BASE POBLACIONAL2. HISTORIA DIGITAL3. INVESTIGACIÓN EN MEDIO NATURAL4. LONGITUDINALIDAD5. TODOS LOS ESTADIOS DE LA SALUD6. TIENE EN CUENTA ÁREAS MÁS IGNORADAS EN OTROS ENTORNOS DE INVESTIGACIÓN7. TRABAJO EN EQUIPO8. FACILIDAD PARA LO MULTICÉNTRICO	FORTALEZAS

Para empezar...

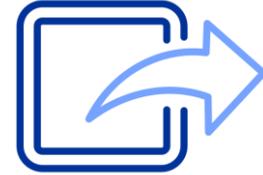
LA MAYORÍA DE LA INVESTIGACIÓN ESTÁ CONCEBIDA “FUERA DE AP”



NO se pueden tomar decisiones adecuadas sobre **planificación y organización de servicios y prestaciones**



NO se pueden **extrapolar** muchos resultados al entorno de AP



NO se resuelven **incertidumbres** que se presentan a diario en la clínica



1. Uijen AA, Bakx JC, Mokkink HG, van Weel C. Hypertension patients participating in trials differ in many aspects from patients treated in general practices. J Clin Epidemiol. 2007;60(4):330-5

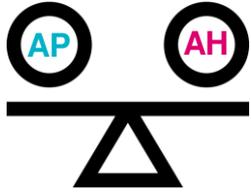
2. Raine R, Haines A, Sensky T et al. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? BMJ. 2002; 325: 1082

La paradoja de Atención Primaria

Enfermedades
individuales

Enfermedades
crónicas

Enfoque
poblacional



Calidad
aparentemente ↓

= funcionalidad
↓ coste

↑ Calidad
↑ Salud
↑ Equidad
↓ Coste

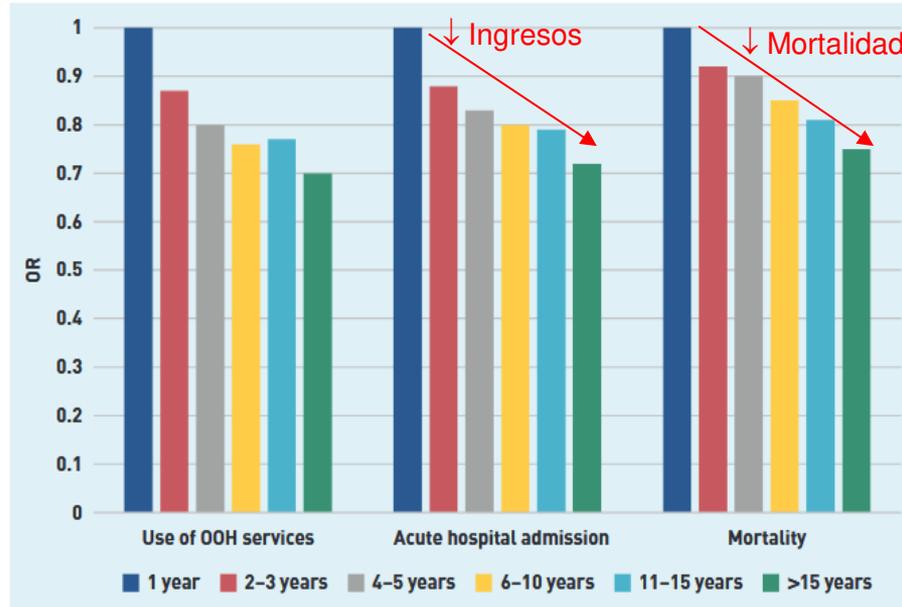
Evaluaciones
basadas en
ensayos que
excluyen
pacientes con
comorbilidades

El impacto hay que verlo “a lo largo”...

Research

Longitudinalidad AP

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care:

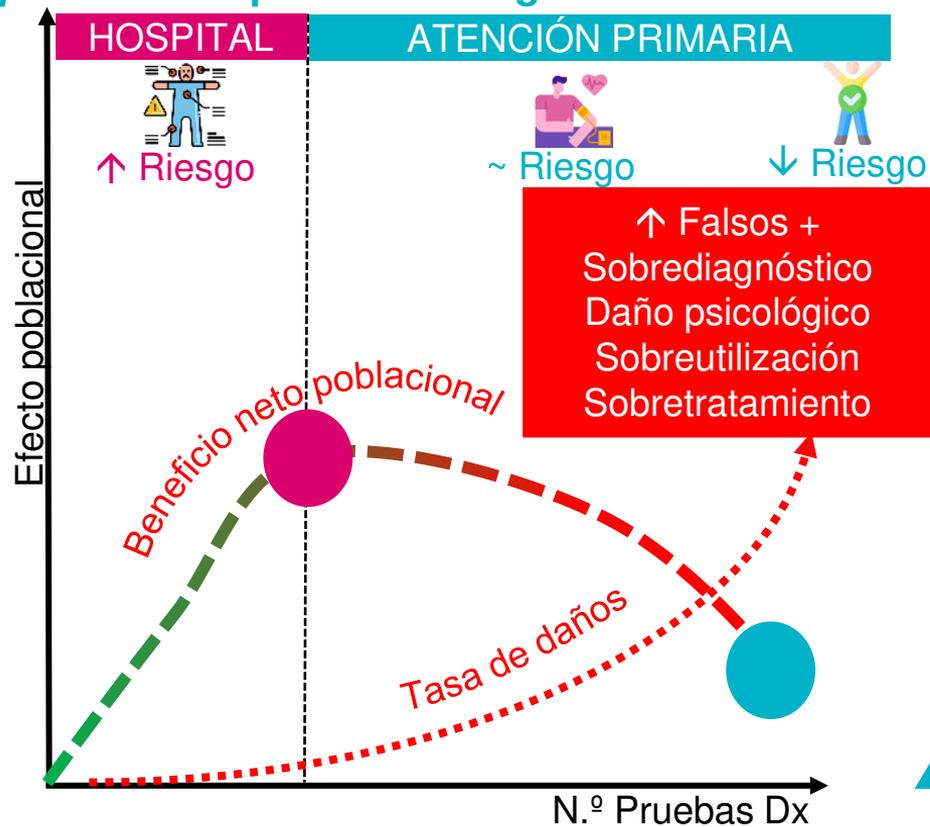


↓ 30%

1. Sandvik et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72:e84-90.
2. Gray et al. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8:e021161.

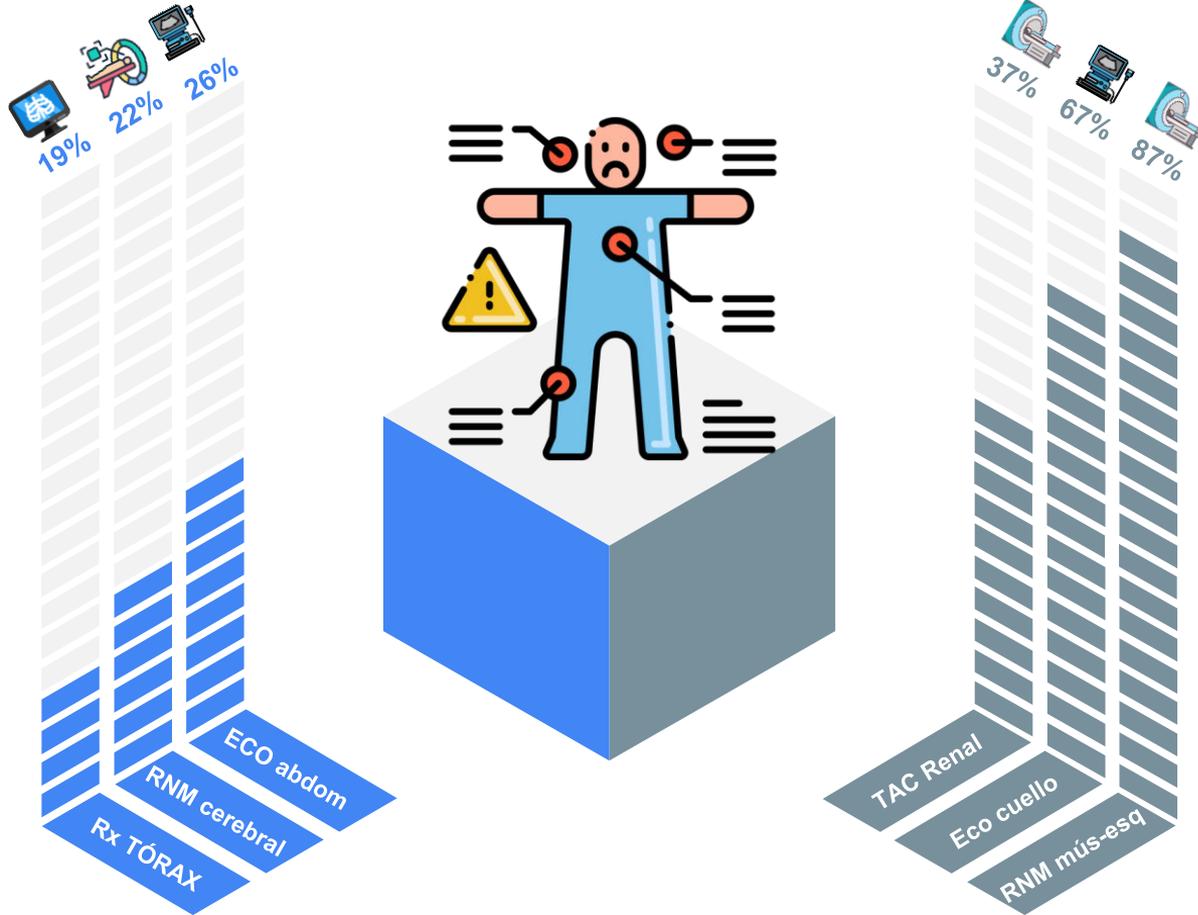
Otro problema de enfoque...

La "pérdida" de precisión diagnóstica



1. Sajid IM, Frost K, Paul AK. 'Diagnostic downshift': clinical and system consequences of extrapolating secondary care testing tactics to primary care. *BMJ Evid Based Med.* 2022;27(3):141-148.
2. Heath I. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ* 2025; 388

“Incidentalomas”



Sajid IM, Frost K, Paul AK. 'Diagnostic downshift': clinical and system consequences of extrapolating secondary care testing tactics to primary care. *BMJ Evid Based Med.* 2022;27(3):141-148

Prevención equilibrada en AP versus sobreprevención

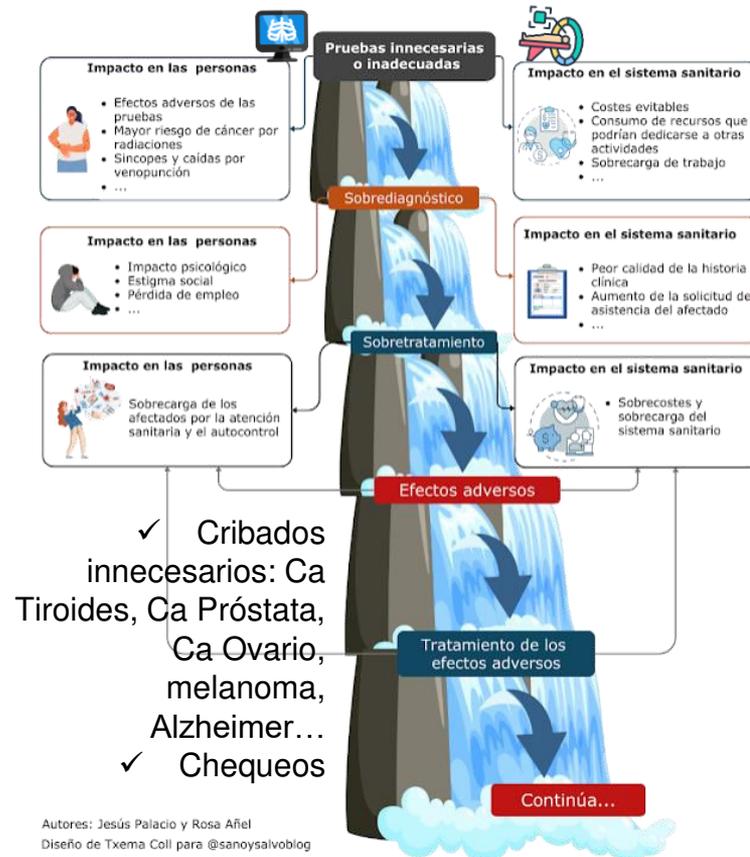
Actividades preventivas efectivas

- ✓ Vacunación
- ✓ Consejo y ayuda para dejar de fumar
- ✓ Consejo y ayuda para reducir el consumo de alcohol
- ✓ Consejo sobre actividad física
- ✓ Cribados de algunos tipos de enfermedad (Ca Colon, Ca Cérvix...)

1. Cabezas C, Camarelles F, Córdoba R, López A; Grupo de Educación Sanitaria y promoción de la Salud. Atención Primaria y Prevención: ¿Dilema o sinergia? Aten Primaria. 2025;57(3):103245..
2. Bonis J. Cribado de cáncer poblacional en Atención Primaria. AMF. 2019;
3. Lindson N, Pritchard G, Hong B, Fanshawe TR, Pipe A, Papadakis S. Strategies to improve smoking cessation rates in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 9. Art. No.: CD011556.
4. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, Daeppen JB, Saunders JB, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 2. Art. No.: CD004148
5. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et al. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2022;376:e068465.

La cascada de la sobreprevención

Efectos de la cascada de la realización de pruebas de cribado innecesarias o inadecuadas



- ✓ Cribados innecesarios: Ca Tiroides, Ca Próstata, Ca Ovario, melanoma, Alzheimer...
- ✓ Chequeos

Secuelas de investigación “descontextualizada” de AP

VIEWPOINT

The Limited Role of Alzheimer Disease Blood-Based Biomarkers in Primary Care

Eric Widera, MD; Kenneth Covinsky, MD, MPH

Primary care clinicians might see patients who have viewed a recent television commercial suggesting that misplacing keys and forgetting groceries may be “more than normal aging.” This commercial directs viewers to a disease awareness website,¹ which warns that amyloid buildup may begin years before the start of dementia symptoms and that “the earlier you discuss the possible buildup of amyloid plaques with your doctor, the better you can plan.” Troubled by the possibility of having plaques in the brain, patients may ask their primary care clinician for an amyloid blood test to see if it is Alzheimer disease that is causing them to occasionally forget where they put their keys.

neurodegenerative diseases. This includes history, physical examination, medication review, basic cognitive testing, screening for depression using a validated tool, blood tests for common systemic disease (eg, B12 deficiency and hypothyroidism), and, potentially, magnetic resonance imaging of the brain. This workup might result in a diagnosis of MCI or dementia if no reversible causes are found, there is a clear progressive decline in cognition, and impairment can be objectively measured with cognitive testing.

The diagnosis of MCI or dementia indicates a syndrome that does not specify its cause, which could be due to a variety of factors.

Antes de solicitar cualquier prueba clínica, es crucial determinar si **modificará el manejo y mejorará la atención al paciente**. Basándose en este principio, la prueba de biomarcadores no está indicada en Atención Primaria. En pacientes asintomáticos, incluidos aquellos con antecedentes familiares o solo quejas cognitivas subjetivas, los biomarcadores ofrecen escasa información útil, ya que no hay evidencia de que tratar a estas personas mejore los resultados

Una definición basada únicamente en biomarcadores conlleva el riesgo de **sobrediagnóstico, ansiedad e intervenciones innecesarias**. No existe evidencia convincente de que etiquetar a una persona únicamente según su estado de biomarcadores proporcione beneficios significativos

¿Para cuándo vamos a dejar la validación de pruebas diagnósticas y test en AP?



ORIGINAL ARTICLES

Validation and Utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 General Hospital Spanish Inpatients

Diez-Quevedo, Crisanto MD; Rangil, Teresa MBM; Sanchez-Planell, Luis MD; Kroenke, Kurt MD; Spitzer, Robert L. MD

Author Information

Psychosomatic Medicine 63(4):p 679-686 July 2001.

Punto de corte: **10** S: 84% E: 92%

Muñoz-Navarro *et al. BMC Psychiatry* (2017) 17:291
DOI 10.1186/s12888-017-1450-8

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres

Roger Muñoz-Navarro^{1*}, Antonio Cano-Vindel², Leonardo Adrián Medrano³, Florian Schmitz⁴, Paloma Ruiz-Rodríguez⁵, Carmen Abellán-Maeso⁶, María Antonia Font-Payeras⁷ and Ana María Hermsilla-Pasamar⁸

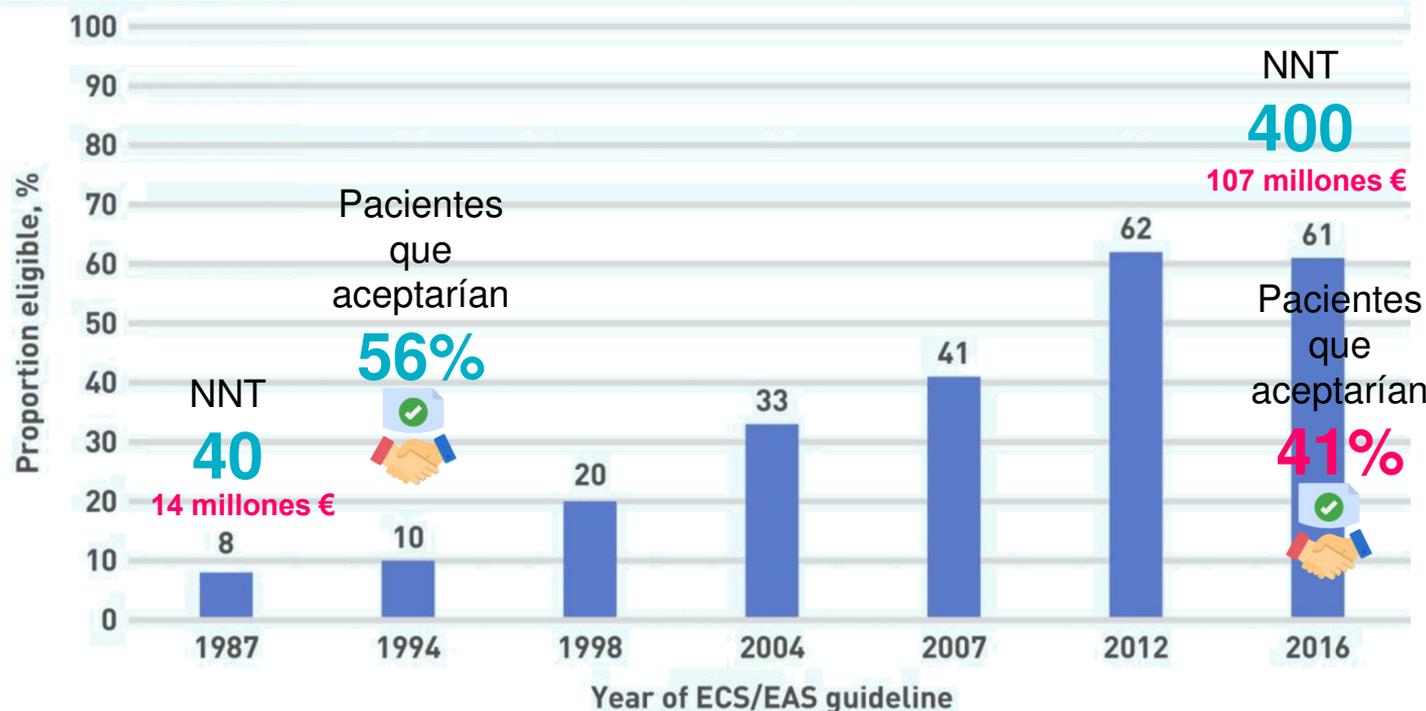
Punto de corte: **10** S: 95% E: 67%

Punto de corte: **12** S: 84% E: 78%

¿Medicalización excesiva...?



% de personas susceptibles de recibir estatinas en las Guías europeas a lo largo del tiempo



España ($n = 5.400$)

15%

interrumpieron la terapia tras la primera receta

42,1% de ellos no

reiniciaron el tratamiento durante el resto del año

1. Byrne P, Cullinan J, Gillespie P, Perera R, Smith SM. Statins for primary prevention of cardiovascular disease: modelling guidelines and patient preferences based on an Irish cohort. Br J Gen Pract. 2019;69(683):e373-80.
2. Malo S, Aguilar-Palacio I, Feja C, et al. Persistence with Statins in Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Findings From a Cohort of Spanish Workers. Rev Esp Cardiol. 2018; 71: 26-32

Secuelas de investigación “descontextualizada” de AP

¿Qué le resuelve esto a los pacientes?

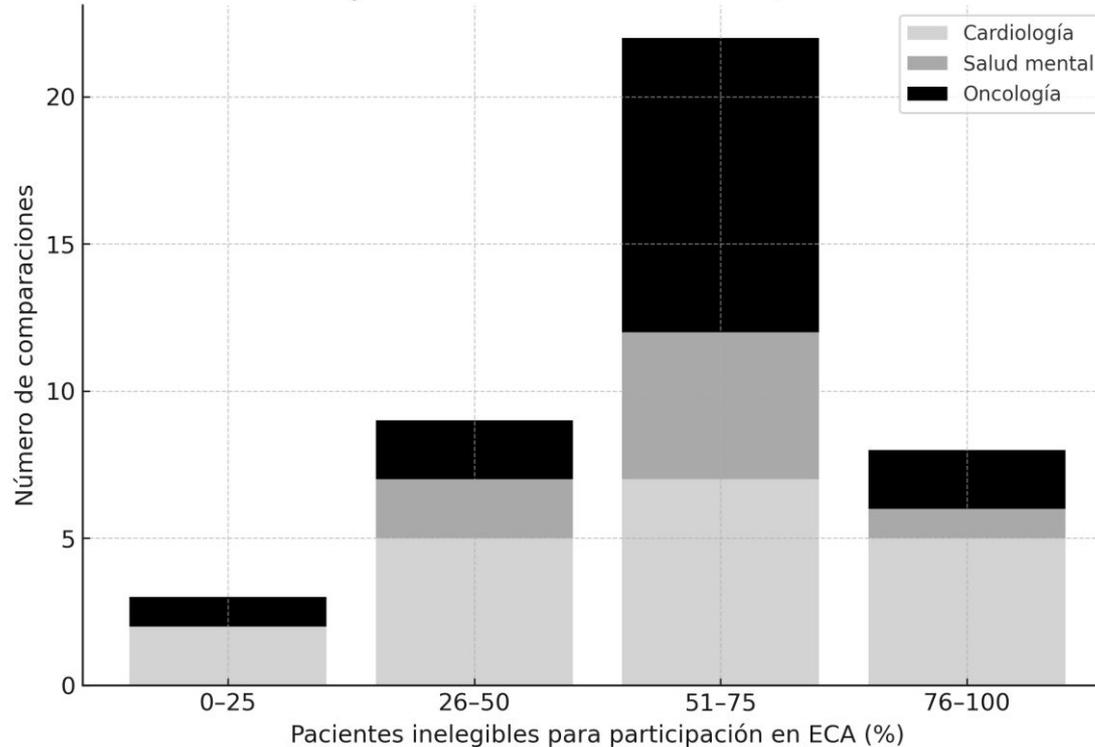
“RETARDO” DE LA PRE- HIPERTENSIÓN:

“al final del estudio, la TAS fue 2,0 mm Hg menor en el grupo de candesartán ($p=0,037$) y la TAD 1,1 mm Hg menor ($p=0,073$)”.

1. Julius S, Nesbitt SD, Egan BM, Weber MA, Michelson EL, Kaciroti N et al, for the Trial of Preventing Hypertension (TROPHY) Study Investigators. Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker. N Engl J Med. 2006;354:1685-97.
2. Márquez S. La construcción y comunicación del conocimiento en la era de la Medicina Basada en la Evidencia. Implicaciones para la lectura crítica de ensayos Clínicos. Gest Clin San. 2006; 8(3): 87-91

Secuelas de investigación “descontextualizada” de AP

Proporción de pacientes del mundo real inelegibles en ECA tras aplicar criterios de inclusión/exclusión



Secuelas de investigación “descontextualizada” de AP



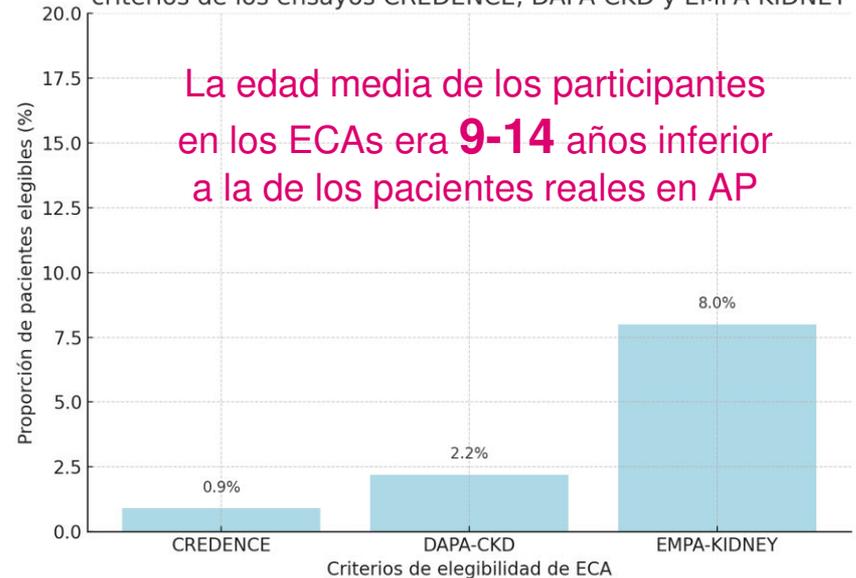
Nephrol Dial Transplant, 2025, 40, 71–82
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfae071>
Advance access publication date: 22 March 2024

A comparison of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor kidney outcome trial participants with a real-world chronic kidney disease primary care population

Anna K. Forbes^{1,2*}, William Hinton^{2,3*}, Michael D. Feher², William Elson², José M. Ordóñez-Mena², Mark Joy², Xuejuan Fan², Debasish Banerjee⁴, Nicholas I. Cole¹, Neil Munro³, Martin Whyte³, Rebecca J. Suckling¹, Pauline A. Swift¹ and Simon de Lusignan^{1,2,5}

n = 6.670.829 sujetos en AP con ERC

Proporción de pacientes con ERC del mundo real elegibles según criterios de los ensayos CREDENCE, DAPA-CKD y EMPA-KIDNEY



La edad media de los participantes en los EGAs era **9-14** años inferior a la de los pacientes reales en AP

¿Adherencia a resultados de investigación?
¿Elaboración de recomendaciones en GPCs?

Forbes AK, Hinton W, Feher MD, Elson W, Ordóñez-Mena JM, Joy M, Fan X, Banerjee D, Cole NI, Munro N, Whyte M, Suckling RJ, Swift PA, de Lusignan S. A comparison of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor kidney outcome trial participants with a real-world chronic kidney disease primary care population. Nephrol Dial Transplant. 2024;40(1):71-82.

¿Qué resultados se investigan en los ECAs en AP?

N = 518 ECAs en AP
61,9% en Europa



% RCTs with patient health outcome

Preventive care	3.9	7.6	1.7	8.1	0.3
Acute care	20.4	1.1	2.8	7.3	0
Chronic care	15.4	4.5	5.3	19.6	0.6
Palliative care	0	0	0	0.6	0
Multiple health care types	0	0	0.3	0.6	0
	Drug / Food / Device	Behavioral intervention	Intervention on structure	Intervention on processes of care	Multiple types of intervention



% RCTs with health services outcome

	0	0	7.5	16.1	0
	0	0	12	18.5	0
	0	0	11	27.3	0
	0	0	0	0	0
	0	0	1.2	6.2	0
	Drug / Food / Device	Behavioral intervention	Intervention on structure	Intervention on processes of care	Multiple types of intervention

¿QUÉ REQUISITOS SON NECESARIOS PARA UNA INVESTIGACIÓN ROBUSTA EN ATENCIÓN PRIMARIA?



RUTA DEL DESPLIEGUE INVESTIGADOR...

TRANSFERENCIA LOCAL DE RESULTADOS DE
INVESTIGACIÓN: APLICACIÓN DE RESULTADOS A
NECESIDADES LOCALES



**ATENCIÓN PRIMARIA
PRODUCE-
TRANSFIERE
CONOCIMIENTO E
INNOVACIÓN**

¡ESTO NO ES PARA MÍ!



- Los pacientes...
- El trabajo diario...
- NO tengo tiempo...
- NO sé estadística...
- NO...
- NO...

Generar oportunidades y escenarios...

- Hay muchas realidades, situaciones e intereses en el campo de la investigación ...
- ¿Hacemos una estrategia para TODOS, para ALGUNOS, para UNOS...?



Realidades distintas...



RRM es MF, ha participado ya en 5 estudios multicéntricos financiados por agencias públicas, está terminando su tesis doctoral y quiere solicitar su primer proyecto como IP



MMPE colaboró en un ECA de su CS hace unos años. Envía comunicaciones a Congresos con frecuencia, con pequeños análisis que hacen en su CS con residentes que tutoriza. Le gustaría progresar en sus competencias investigadoras, ... aunque le resulta difícil "todo eso de la estadística" y le gustaría "formarse" en investigación

AHG es EFyC; tiene un estudio financiado por la Consejería de Salud, tiene un Máster en Investigación y se está planteando el doctorado



12 características de los ambientes que promocionan la investigación

Objetivos claros que sirven para coordinar	Enfatización de la investigación	Una cultura distintiva	Un clima positivo en el grupo
Coordinación asertivamente participativa	Organización descentralizada	Comunicación frecuente	Recursos asequibles, especialmente recursos humanos
Suficiente variación en el grupo de investigación en términos de tamaño, edad y diversidad	Recompensas apropiadas	Concentración en el reclutamiento y selección,	

**PARA EMPEZAR,
NOS QUEDAMOS
CON 4 ó 5**

Se necesitan **nuevas formas de pensar** para...



Se necesita evidencia no solo sobre efectividad de las intervenciones, sino también sobre su **implementación y ampliación** (escalado)

Para garantizar máxima aplicabilidad las intervenciones deben probarse en poblaciones y entornos asistenciales **en los que se pretenden aplicar**

La evidencia generada en hospitales **podría no ser válida** para las poblaciones diversas, los distintos espectros de enfermedad y los contextos específicos de AP

La morbilidad en AP es diferente de la hospitalaria: problemas de salud menos graves, en etapas más tempranas, menos diferenciadas, mayor énfasis en la atención crónica estable, pacientes más diversos.

La **AP** se presta de **formas muy variadas:** domicilios, consultas, urgencias.

Distinto rango de medicamentos, pruebas de imagen y diagnósticas disponibles y apropiadas.

La **comprensión** que tienen los pacientes de sus enfermedades y tratamientos.

El **acceso** a los profesionales sanitarios, la **confianza** en ellos y su **disposición a implicarse varía considerablemente** → adherencia, conductas de salud, alfabetización,

Factores facilitadores

Redes de investigación basadas en la práctica

Promueven estudios multicéntricos, sostenibles, coordinados y centrados en el paciente.

Requieren principios de colaboración, equidad y sostenibilidad.

Ejemplos: PRINCIPLE, PANORAMIC, IAP Jordi Gol.



Investigación centrada en la comunidad

Llevar la investigación a las personas (en lugar de esperar que acudan a centros).

Uso de consentimiento remoto, autorrecogida de muestras, y datos clínicos rutinarios.

Mejora la representatividad y reduce inequidades.



Participación activa de pacientes y comunidad:

Co-diseño de preguntas, métodos y materiales de investigación.

Construcción de confianza e inclusión de poblaciones tradicionalmente excluidas.

Aplicación de estándares explícitos de involucramiento público (p. ej., estándares NIHR del Reino Unido).

Nuevos enfoques para la investigación experimental en AP

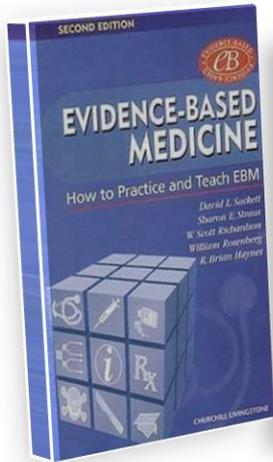
La inercia del enfoque ECA-hospital



Catálogo de soluciones metodológicas ECA-AP

Tipo de ensayo	Características clave	Ventajas
Ensayos adaptativos	Modifican aspectos durante su desarrollo sin comprometer validez.	+ eficiencia, posibilidad de detener intervenciones fútiles o incluir nuevas.
Platform trials (con protocolo maestro)	Comparan múltiples tratamientos simultáneamente, con análisis intermedios	Aceleración de resultados útiles, mayor flexibilidad, mejor uso de recursos.
Ensayos pragmáticos	Condiciones reales de atención; incluyen población diversa y permiten adaptaciones.	Alta validez externa, útiles para toma de decisiones clínicas y políticas.
Ensayos abiertos con resultados informados por pacientes	Comparan intervención vs atención habitual sin placebo; recogen percepciones del paciente.	Más realistas en AP; centrados en resultados importantes para los pacientes.
Ensayos por clusters o unidades de atención	Asignan aleatoriamente a equipos o centros.	Útiles para evaluar estrategias organizativas o de atención a gran escala.

Primer estudio experimental de EPA en AP



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE | ARCHIVE

The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner

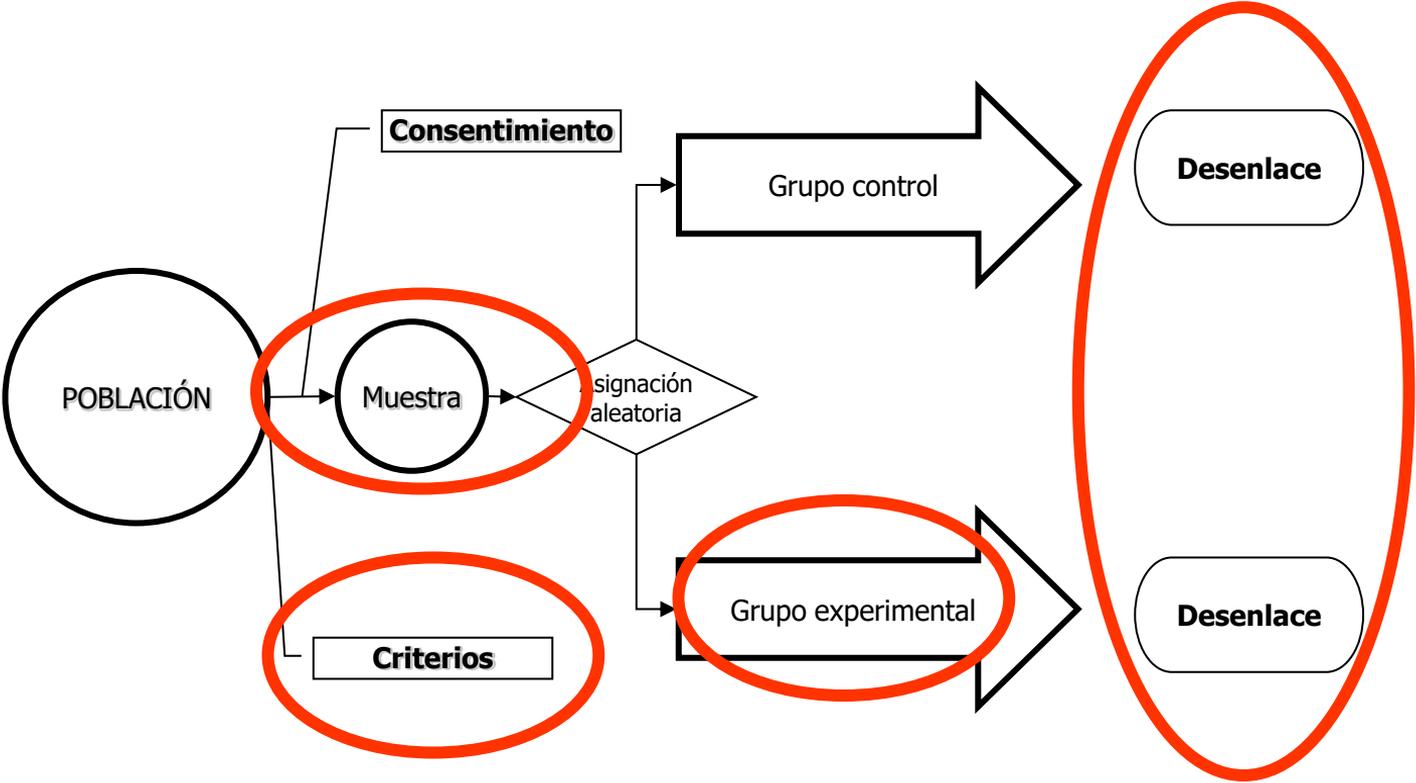
Authors: Walter O. Spitzer, M.D., M.H.A., M.P.H.; **David L. Sackett, M.D., M.Sc. Epid, John C. Sibley, M.D., F.R.C.P. (C), M.R.C.P., Robin S. Roberts, M. Tech., Michael Gent, M.Sc., Dorothy J. Kergin, R.N., Ph.D., Brenda C. Hackett, B.A.,** and K. Wright, B.N. **Author Info & Affiliations**

Published January 31, 1974 N Engl J Med 1974;290:251-256 | DOI: 10.1056/NEJM197401312900506
VOL. 290 NO. 5

1ª vez que se usa la aleatorización por clusters

= Mortalidad
= Funcionalidad física, social y emocional.

El ECA pragmático



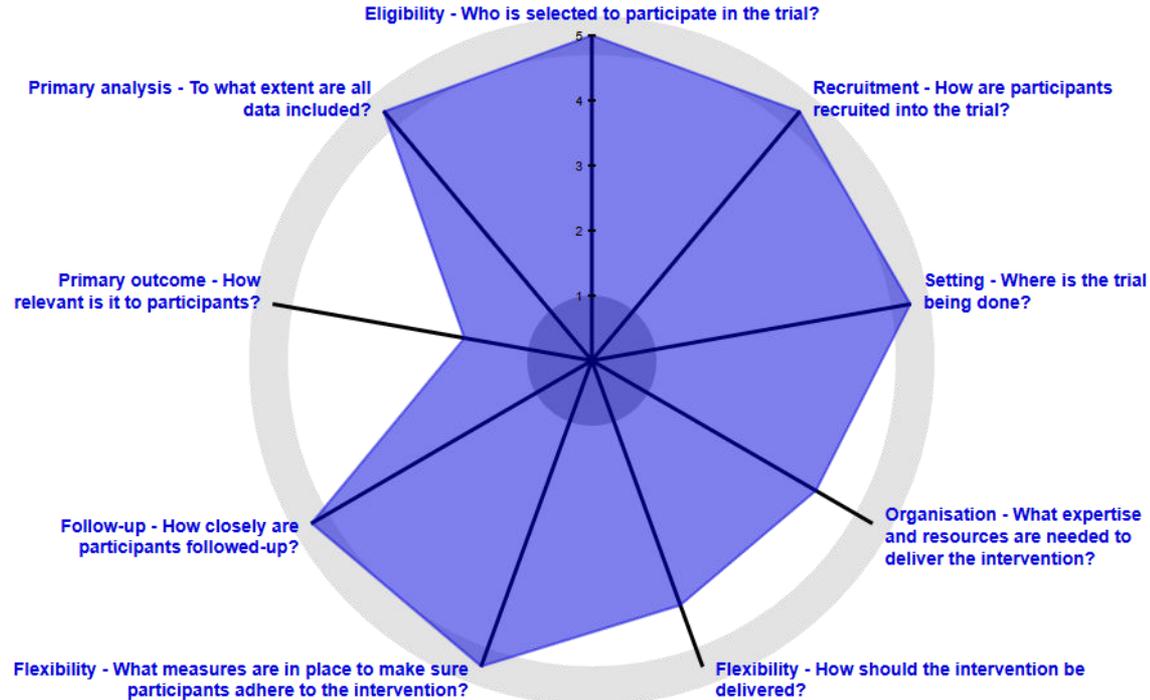
¿Explicativo o pragmático? PRECIS 2



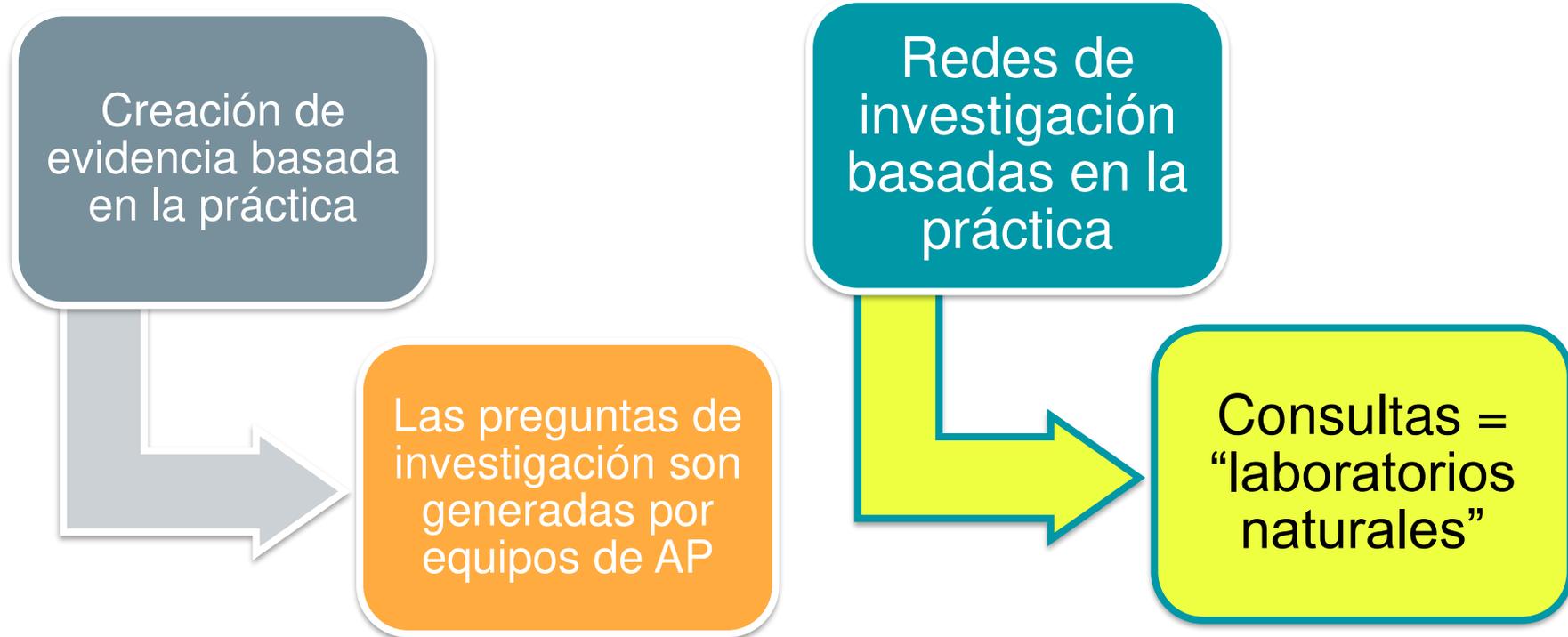
Effectiveness and cost-effectiveness of the Initial Medication Adherence intervention: cluster randomized controlled trial and economic model

34 CS

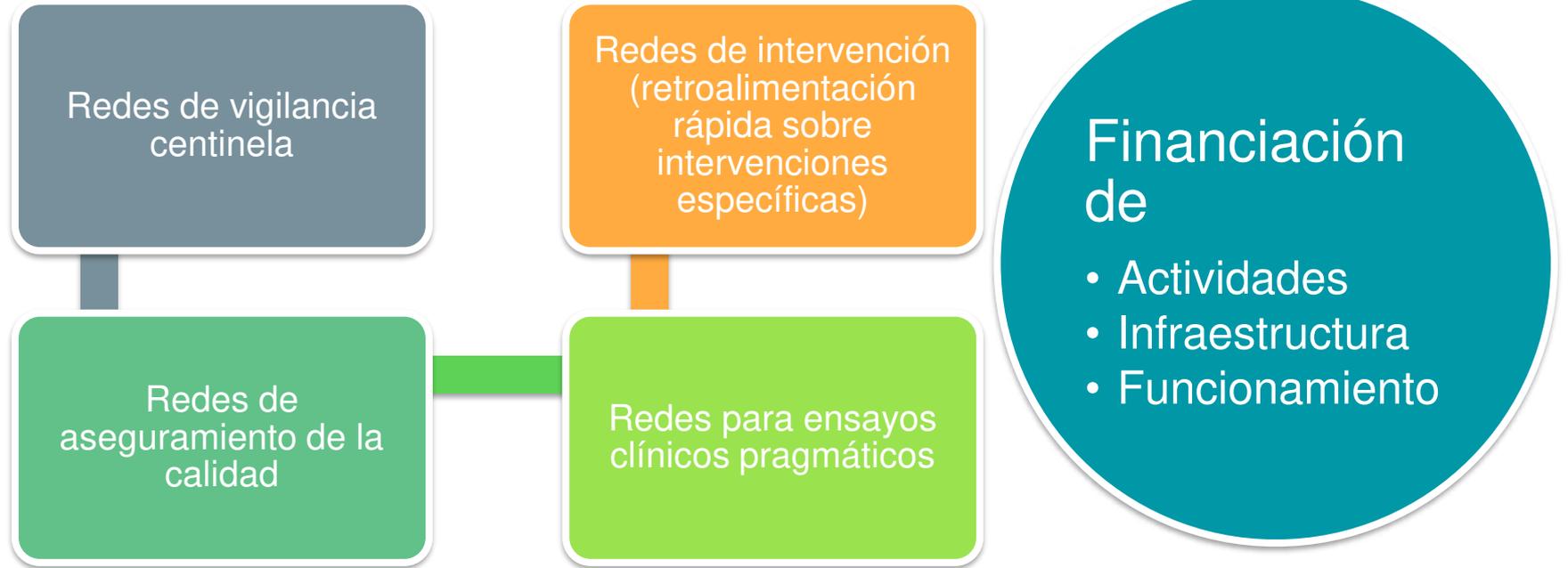
MFyC, EFyC
Farmacéuticos
comunitarios



Investigación en la práctica



Investigación en la práctica



Investigación “alrededor” de la práctica

Aquella que genera un cambio de paradigma en el sistema de AP

Organización y
prestación de los
servicios

Mecanismos de
financiación

Transformaciones
que promuevan la
sostenibilidad

Fomento de la
efectividad de los
equipos
interprofesionales

Estrategia integral
de recopilación de
datos
poblacionales

Estrategia de
sistema de
información de AP

INSTITUTOS



DISTRITOS

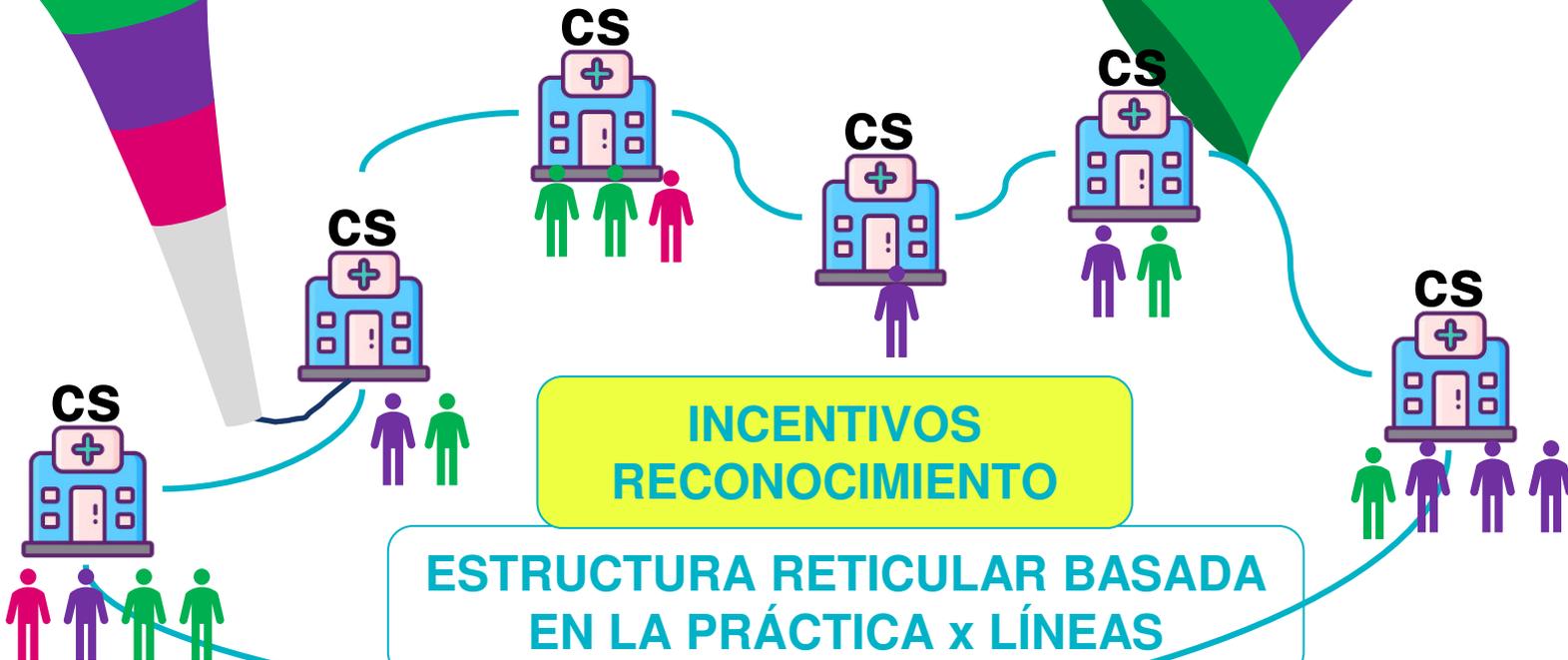


Línea 1
Línea 2
Línea 3



Oferta

Demanda



INCENTIVOS
RECONOCIMIENTO

ESTRUCTURA RETICULAR BASADA
EN LA PRÁCTICA x LÍNEAS



Unidad de Efectividad e Investigación



**ALGUNAS MANERAS, ENTRE OTRAS, DE ACOMETER
ESTE RETO... Y SEGURO QUE LAS HAY MEJORES**



Servicios: investigación

1. Elaboración y despliegue de **líneas de investigación**.
2. **Captación de grupos emergentes** de investigación en Atención Primaria.
3. Promoción de la investigación en los Centros del Distrito y **coordinación de grupos e investigadores afines**.
4. **Asesoría metodológica** en investigación.
5. **Información** de convocatorias, becas y premios.
6. **Gestión de solicitudes** a convocatorias de investigación.
7. **Coordinación interinstitucional** en materia de investigación.

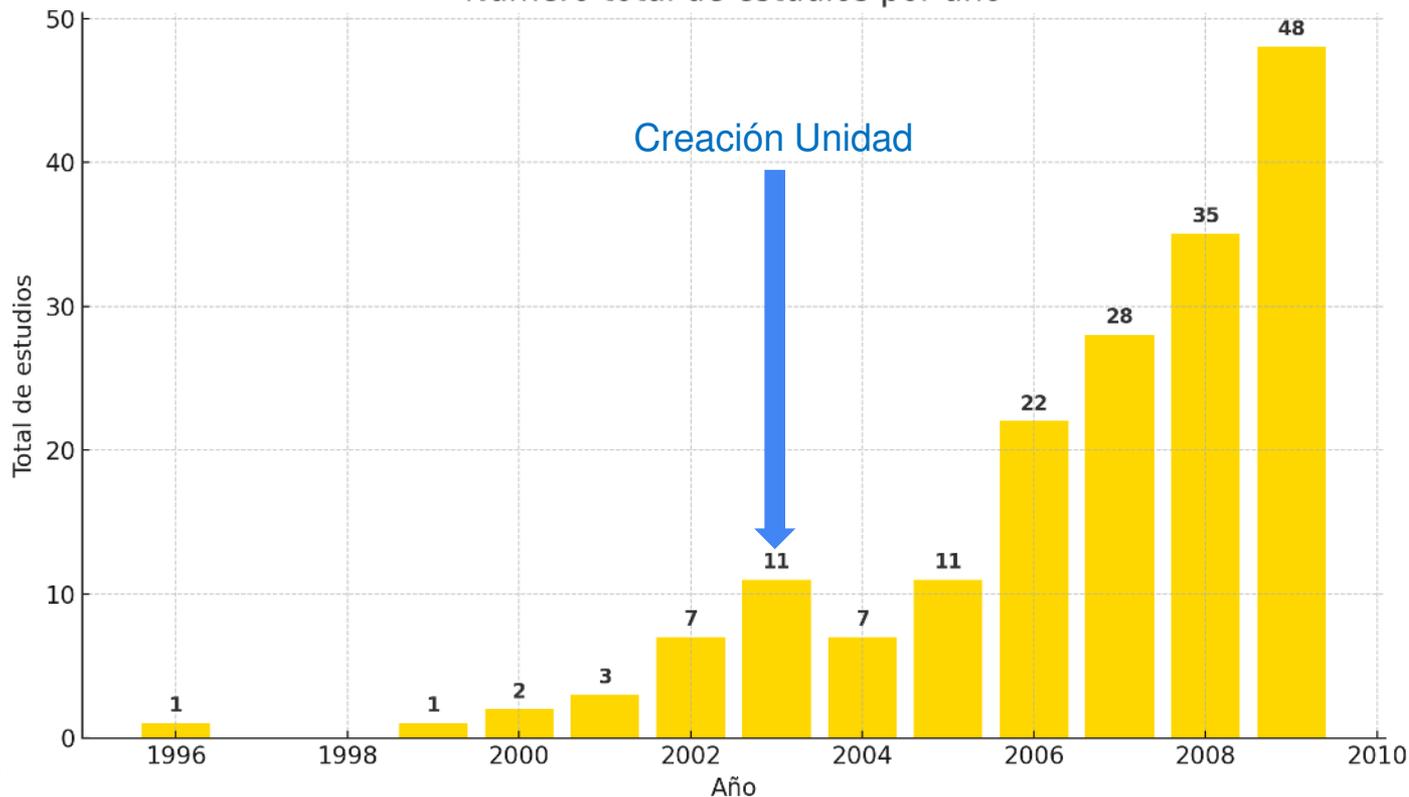
Servicios: efectividad

1. Detección y revisión de **áreas clínicas de incertidumbre**.
2. Elaboración de informes sobre **evidencia disponible** en áreas de incertidumbre.
3. Elaboración de instrumentos de **normalización de la práctica clínica**: Guías, Recomendaciones, Protocolos, etc.
4. **Implementación** de Guías.
5. **Soporte metodológico** al equipo directivo del Distrito en procesos de mejora de la calidad y de gestión de procesos asistenciales integrados.
6. **Apoyo a los dispositivos del Distrito** en materia de efectividad: Unidad de Farmacia y Uso Racional del Medicamento, Epidemiología y Salud Pública, etc.
7. **Formación** en materia de efectividad y atención sanitaria basada en la evidencia.



Unidad Efectividad e Investigación DS Málaga: Nº proyectos activos por año

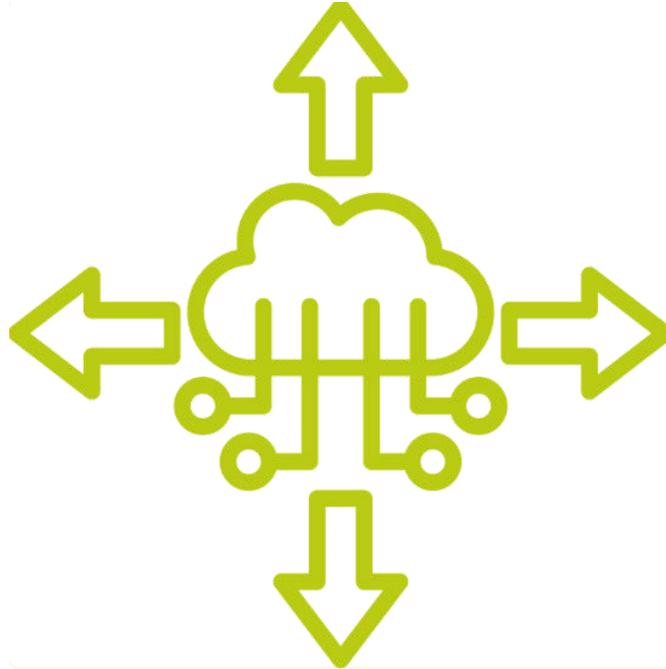
Número total de estudios por año



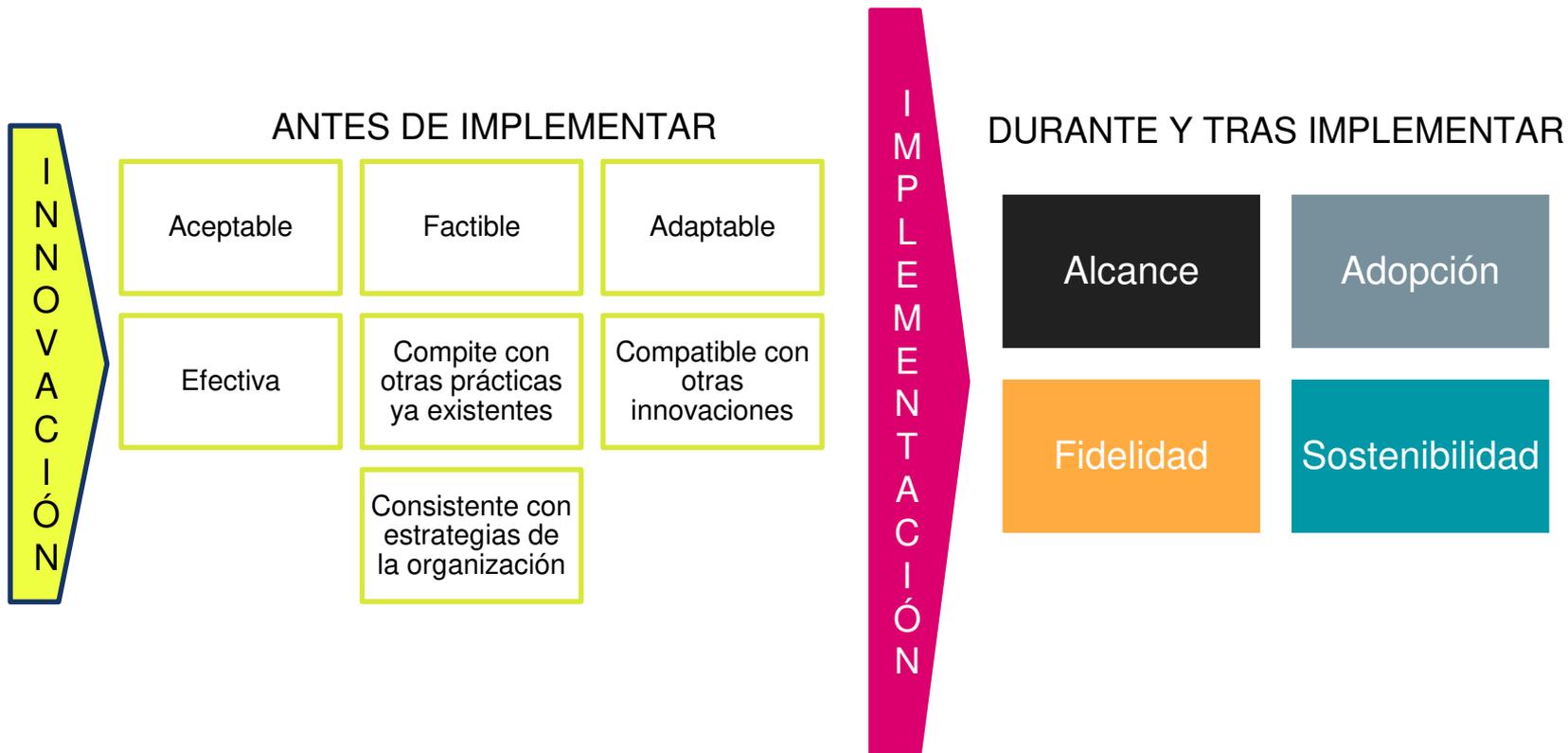
**ACREDITACIÓN
POR LA AGENCIA
DE CALIDAD
SANTARIA DE
ANDALUCÍA**



La escalabilidad de la transferencia de conocimiento e innovaciones en Atención Primaria



¿Cómo extender las innovaciones en Atención Primaria?



La Atención
Primaria es la
atención

“*con*” las
personas

La
investigación
en Atención
Primaria ha
de ser igual:

con ellas

X@jmmasencio



Muchas gracias