



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

Traducción al español (spanish translation)

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

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

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

M^a José Fernández Domínguez. Médica de Familia. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ourense.

M^a José Díaz Otero. Pediatra. Centro de Salud de Fingoi. Lugo.

M^a José Modroño Freire. Médica de Familia. Centro de Salud de Mariñamansa-A Cuña . Ourense.

M^a Victoria Martín Miguel. Médica de Familia. Centro de Salud de Matamá. Vigo.

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

Cristina Rey Barbosa. Farmacéutica. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Investigar es ineludible para crear Área de Conocimiento que preserve la asistencia a nuestros pacientes, la docencia a los Residentes de Medicina de Familia, la formación continuada de los médicos de Familia y el reconocimiento científico, docente y social de nuestra profesión.

Investigar en Atención Primaria, una carrera de obstáculos, a ritmo lento, no exenta de inseguridad y desmotivación pero inasequible al desaliento para corredores de fondo. Un reto histórico y actual al que no hemos renunciado los médicos de familia a pesar de las dificultades, una lucha que se va ganando con pequeños pasos, entre todos.

La reciente elaboración por el grupo EGPRN, dentro de la organización Wonca-Europa, de la “Agenda de Investigación para la Medicina de Familia y Atención Primaria en Europa” supone una aportación de gran interés para la investigación Europea pues detalla aquellos campos, de nuestro quehacer diario, en los que es más necesaria la producción de conocimiento.

En este sentido, es una satisfacción, a nivel personal y desde la Sociedad que presido, presentar la traducción al español de dicha Agenda por un grupo de investigación gallego y desde AGAMFEC. Deseo y estoy seguro de que contribuirá a facilitar la investigación entre los médicos de familia españoles, ayudará a dirigir y aunar los esfuerzos investigadores, así como la planificación de inversiones y recursos hacia áreas competenciales prioritarias. También, potencialmente, abrirá la puerta a la colaboración de los médicos de familia españoles en la investigación de ámbito internacional, elaborando y participando en proyectos con el resto de colegas Europeos.

Dr. Jaime González Rey

Presidente AGAMFEC (Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria)

La Agenda de Investigación para Europa

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

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

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

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

Índice

Introducción	9
Metodología	13
Hacia una Agenda Europea de Investigación: panorama histórico	13
Revisión bibliográfica	14
Estrategia de búsqueda	14
Valoración crítica	15
Resumen de las publicaciones	15
Recopilación de los resultados	15
Resultados	17
Gestión de la atención primaria	17
Definición del dominio de investigación	17
Resumen de resultados	18
Necesidades para futura investigación	19
Metodología de investigación recomendada	20
Atención centrada en la persona	21
Definición del dominio de investigación	21
Resumen de resultados	21
Necesidades para futura investigación	22
Metodología de investigación recomendada	23
Competencias en resolución de problemas clínicos	24
Definición del dominio de investigación	24
Diagnóstico	24
Tratamiento	24
Enfoques específicos para resolver problemas	25
Investigación en formación	25
Resumen de resultados	26
Obtención y valoración de las publicaciones	26

Temas de investigación predominantes entre 2003 y 2008	26
Investigación sobre razonamiento diagnóstico y pruebas diagnósticas	26
Investigación sobre tratamiento	27
Investigación sobre la atención / el tratamiento de enfermedades crónicas	28
Investigación sobre toma de decisiones (compartida)	28
Investigación sobre la calidad de la asistencia	28
Investigación sobre genética y genómica en medicina general/de familia	29
Investigación en formación	29
Necesidades para futura investigación y metodología de investigación recomendada	30
Enfoque integral	32
Definición del dominio de investigación	32
Resumen de resultados	32
Obtención y valoración de las publicaciones	32
Resultados de la revisión bibliográfica	33
Necesidades para futura investigación	34
Metodología de investigación recomendada	34
Orientación comunitaria	35
Definición del dominio de investigación	35
Resumen de los resultados	35
Necesidades para futura investigación	36
Metodología de investigación recomendada	36
Enfoque holístico	37
Definición del dominio de investigación	37
Resumen de los resultados	37
Necesidades para futura investigación	38
Metodología de investigación recomendada	38
Cómo comenzar la investigación en la medicina general	39

en un país con baja capacidad o recursos limitados	
Identificar las necesidades de investigación en el país y establecer una lista de prioridades	39
Elegir el tema de investigación	40
Elaborar un buen plan de investigación	40
Constituir un equipo de investigación	42
Desarrollar capacidades y realizar formación en investigación	42
Reflexionar sobre condiciones facilitadoras	43
Conclusión y discusión	44
Conclusión	44
Agenda para futura investigación	45
Metodología de investigación recomendada	46
Discusión de la metodología	47
Discusión relativa a otras publicaciones sobre investigación en medicina general/de familia	48
Implicaciones	51
Implicaciones para las organizaciones de investigación	51
Implicaciones para los pacientes	52
Implicaciones para la investigación	52
Implicaciones para las publicaciones científicas	53
Implicaciones para la planificación	53
Agradecimientos	55
Apéndices	56
Resumen general de las estrategias de búsqueda	56
Gestión de la atención primaria	56
Atención centrada en la persona	56
Competencias en resolución de problemas clínicos	57
Enfoque integral	58
Orientación comunitaria	59

Enfoque holístico	60
Bibliografía por capítulo	61
Referencias: Introducción	61
Referencias: Metodología	62
Referencias: Gestión de la atención primaria	62
Referencias: Atención centrada en la persona	67
Referencias: Competencias en resolución de problemas clínicos	69
Referencias: Enfoque integral	75
Referencias: Orientación comunitaria	77
Referencias: Enfoque holístico	80
Referencias: Cómo comenzar una investigación en medicina general/de familia...	83
Referencias: Discusión y conclusiones	84
Referencias: Implicaciones	86

Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La **investigación en medicina general** debe reflejar el contexto, es decir, el sentido de las complejas relaciones que se producen dentro de la atención primaria y de los equipos de atención primaria de salud, además de las circunstancias de los pacientes. Por lo tanto, el dominio de la investigación en medicina general implica los estudios comprendidos en el ámbito de la atención primaria de salud y la utilización de una gran variedad de métodos de investigación. Es necesario que los estudios se efectúen en un ámbito realista y pragmático; deben evaluarse las estrategias diagnósticas y terapéuticas de la atención primaria en una población no seleccionada y deben explorarse las necesidades, las percepciones y las preferencias tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios. La investigación en medicina general ha alcanzado distintos estadios de profesionalización y de capacidad en los diferentes países europeos. Se desarrolló primero en aquellos países (principalmente del noroeste europeo) que basan sus sistemas sanitarios en los principios del acceso a los niveles más especializados de la asistencia sanitaria controlado por el médico general («filtro» y «referencia»). Los países en los que los médicos generales trabajan paralelamente a otros especialistas comunitarios encontraron más dificultades para iniciar y desarrollar la institución académica y, por lo tanto, la capacidad de investigar en los ámbitos de la medicina general/de familia. La pauta general es que unos profesionales, actuando como pioneros, efectúen individualmente investigación en la práctica clínica y obtienen como resultado doctorados (etapa 1), posteriormente se desenvuelven gradualmente cátedras universitarias centradas en la formación médica (etapa 2) y, por último, se elaboran proyectos de investigación más amplios que permiten aumentar la capacidad de investigación (etapa 3). En la actualidad, los países europeos presentan diversos estadios de desarrollo de su capacidad de investigación en medicina general/de familia: países en los que prácticamente no existe la medicina académica de familia (estadio 1), países en los que los departamentos universitarios de medicina de familia están principalmente involucrados en la formación médica (estadio 2) y países en los que se están desarrollando los servicios —clínicos o sanitarios— de investigación (estadio 2-3) (18, 19). La investigación en medicina general también es necesaria para que los estudiantes de medicina y los graduados se sientan más atraídos por la medicina general.

La investigación en medicina general/de familia ha sido objeto de un vivo debate en los últimos años (20-22). Algunos autores han cuestionado incluso si tiene algún futuro. La necesidad de investigar en la atención primaria se ha descrito de la siguiente manera: «Es esencial investigar en atención primaria porque: (a) la atención clínica y preventiva debe estar respaldada por evidencias científicas; (b) en la mayoría de los países, en especial en los más pobres, la mayor parte de esa atención se lleva a cabo en la atención primaria y (c) las pruebas científicas que sustentan esta atención no pueden provenir solo de la investigación efectuada en los laboratorios y los hospitales.

La ausencia de investigación en atención primaria da lugar a pruebas innecesarias, tratamientos inadecuados y retrasos en el diagnóstico debidos a derivaciones equivocadas (23). Además, «mediante la investigación en medicina de familia, puede mejorarse la eficacia y la eficiencia de los servicios sanitarios. Fortalecer la investigación en medicina de familia es esencial para realzar el papel de los médicos de familia en los sistemas sanitarios, optimizar el funcionamiento de los sistemas de salud y mejorar la salud de las poblaciones» (24).

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

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

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

Metodología

Hacia una Agenda Europea de Investigación: panorama histórico

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

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

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

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

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

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

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

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

Revisión bibliográfica

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

Estrategia de búsqueda

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

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

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

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

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

Además, se intentó una revisión semicuantitativa muy somera de los temas de investigación para poder identificar todos los temas bien cubiertos y los puntos en que faltaba información. Esto se logró haciendo búsquedas en PubMed de ensayos controlados aleatorizados o de ensayos clínicos clasificados por el término MeSH «*family practice*» (medicina de familia) o «*general practice*»

(medicina general) y publicados a partir de 2003.

Valoración crítica

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

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

Resumen de las publicaciones

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

Recopilación de los resultados

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

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

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

A continuación, Eva Hummers-Pradier y Paul van Royen editaron los documentos de resumen. Lo hicieron inicialmente reuniendo todas las estrategias de búsqueda, referencias

y resúmenes preliminares (primavera de 2008), a partir de lo cual surgió un documento más elaborado y conciso que establecía conclusiones para cada una de las 6 competencias principales (otoño de 2008).

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

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

Resultados

Gestión de la atención primaria

Definición del dominio de investigación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumen de los resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Necesidades para futura investigación

Por lo tanto, las futuras investigaciones deben centrarse en

- El desarrollo de instrumentos para describir y medir los diferentes aspectos de gestión en atención primaria
- Las percepciones, perspectivas y preferencias del paciente y el médico sobre problemas de gestión de la consulta (como acceso libre, consultas telefónicas y telemedicina).
- La comparación de diferentes modelos de atención y evaluación de la efectividad de diferentes estrategias o intervenciones de gestión en atención primaria, no solo en cuanto al nivel de satisfacción del paciente y/o la aceptación del servicio sino también en cuanto al nivel de resultados sanitarios.
- La validez y utilidad de la historia clínica electrónica en medicina general.

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

Metodología de investigación recomendada

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

Atención centrada en la persona

Definición del dominio de investigación

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

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

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

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

Resumen de los resultados

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

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

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

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

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

Necesidades para futura investigación

Por lo tanto, la futura investigación debe centrarse en:

- Una mejor comprensión y definición clara (de los componentes) de la atención centrada en la persona.
- El desarrollo de instrumentos adicionales para describir y medir los aspectos complejos y los resultados.
- Las percepciones, perspectivas y preferencias del paciente y el médico sobre la atención centrada en la persona, la comunicación, el compromiso y la toma de decisiones compartida (incluidas las circunstancias sociales, culturales y ambientales que afectan estas preferencias).
- La evaluación de la efectividad del enfoque de la atención centrada en la persona con especial enfoque a resultados de salud clínicamente relevantes, y medidas de resultados en satisfacción, conocimientos y calidad de vida.
- Métodos efectivos de formación de los futuros médicos generales para poner en práctica un enfoque centrado en la persona y la sostenibilidad de los efectos de esa formación teórica y práctica.

Metodología de investigación recomendada

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

Competencias en resolución de problemas clínicos

Definición del dominio de investigación

La capacidad para resolver problemas clínicos, según la definición de WONCA Europa incluye las habilidades de:

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

Este campo es amplio y comprende la mayor parte de la investigación clínica, relacionada con la enfermedad o el diagnóstico. La investigación epidemiológica sobre morbilidad atendida y provisión de cuidados en atención primaria brinda la información necesaria para desarrollar y aplicar las competencias de resolución de problemas. La solución eficaz de problemas por los médicos generales/médicos de familia es con frecuencia la clave para una gestión adecuada de la atención primaria y para adecuar el uso de recursos. Por lo tanto, en el dominio de investigación que abarca la solución de problemas específicos tiene concordancias sustanciales en investigación clínica (con resultados relacionados con el paciente) y en investigación en servicios de salud (con resultados a nivel del médico o el sistema). La investigación sobre enfermedades específicas, por lo general, no se limita a los investigadores de atención primaria, sino que también se lleva a cabo otras disciplinas médicas. Sin embargo, las pruebas científicas que han de ser útiles para la atención primaria deben cumplir requisitos específicos en cuanto a ámbito (selección de pacientes), preguntas de investigación y metodología. Este dominio de investigación incluye lo siguiente:

Diagnóstico

- Estudios sobre razonamiento diagnóstico en un contexto no seleccionado de atención primaria, partiendo de los síntomas.
- Valores diagnóstico y predictivo de la anamnesis, la exploración clínica simple o las pruebas diagnósticas sofisticadas.
- Enfoque secuencial de diagnóstico, que incluya las situaciones con signos de alarma
- Escalas de gravedad y sus consecuencias prácticas y clínicas.

Tratamiento

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

contemplan la efectividad y la eficiencia.

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

Enfoques específicos para la resolución de problemas

(superpuestos a la gestión de la atención primaria)

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

Investigación en formación

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

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

Resumen de los resultados

Obtención y valoración de las publicaciones

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

Temas de investigación predominantes en 2003 - 2008

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

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

Investigaciones sobre el razonamiento diagnóstico y las pruebas diagnósticas

La mayor parte de las búsquedas MeSH para síntomas dieron resultados sobre diagnósticos y enfermedades: la mayoría de los términos de síntomas no son términos MeSH, sino relacionados a términos de enfermedades. Hay relativamente pocos artículos sobre la evaluación de síntomas y los que aparecen, tratan temas muy específicos o síndromes (inespecíficos). Para los trastornos agudos, hay alguna investigación sobre escalas clínicas o la utilidad y valores predictivos de las pruebas diagnósticas aplicadas en consulta. Sin embargo, rara vez se evalúan por su valor añadido (como un aumento en la probabilidad positiva o negativa de una enfermedad) a la historia, los signos y los síntomas ni se analizan en el contexto de un enfoque secuencial. En general, los enfoques de diagnóstico de los MG/MF basados en los síntomas o motivos de la consulta se reflejan poco en las publicaciones. Por ejemplo, casi no hay pruebas científicas que ayuden a los médicos generales a evaluar la presentación inicial de un dolor torácico, ya que la proporción de manifestaciones de enfermedad grave (como el síndrome coronario agudo o la embolia pulmonar) es relativamente poco frecuente (< 15%, en comparación con un 50% en urgencias) (4).

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

Investigación sobre tratamientos

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

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

Investigación sobre enfermedades crónica / gestión de enfermedades

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

Investigación sobre toma de decisiones (compartida)

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

Investigación sobre la calidad de la asistencia

La investigación relacionada con la calidad de la asistencia y el desarrollo de la calidad en consulta son cuestiones abordadas desde el principio por los investigadores de medicina general/de familia (20-24). Las principales contribuciones, en parte como ensayos controlados o como revisiones sistemáticas y artículos conceptuales, las proporcionaron inicialmente en Europa los grupos de trabajo en Maastricht y Nijmegen (NL), Manchester y Leicester (UK) y posteriormente al amparo de la organización europea en red, EQuIP (25). Los principales campos de investigación y métodos de mejora de la calidad, relativos a capacidades

específicas de resolución de problemas, fueron la revisión por pares/ ciclo de mejora de calidad (26), la auditoría médica (27-29), el desarrollo y la difusión de guías (30, 31), investigación sobre estrategias de implementación (32, 33), participación del paciente (34, 35) y los indicadores de calidad/marco teórico (como el modelo de calidad y resultados QOF en el Reino Unido) (36). Un conjunto enorme de artículos abordan la solución a problemas específicos en calidad, por ejemplo, la mejora de la adherencia a guías, la mejora del uso de los resultados de pruebas analíticas (37) o la optimización de la prescripción mediante diferentes métodos como la formación médica continua, el benchmarking, la formación académica personal y el “feedback” estructurado, etc. (38). Sin embargo con bastante frecuencia, en particular cuando se efectúa en contextos de atención orientada a una eficiencia máxima, el coste-efectividad se presenta como una variable de resultado principal en los estudios sobre remisión, tratamiento/ prescripción o cribado.

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

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

Los artículos de investigación sobre genética y genómica en medicina general/de familia o en atención primaria de salud trataban, por lo general, de la visión de los médicos generales o, en algunas ocasiones, de los pacientes sobre las pruebas genéticas o servicios de consejo genético o sobre intervenciones llevadas a cabo para aumentar su aplicación. Los médicos generales y los pacientes revelaron en su mayoría sentimientos ambivalentes apreciando la importancia y las posibilidades de la medicina genética, pero mostrando a su vez una preocupación sobre sus complejas implicaciones sobre el tratamiento de los pacientes y el impacto en sus familias. Los estudios de intervención evaluaron el uso de los servicios o las actitudes, pero no los resultados de salud de los pacientes. Los resultados no fueron concluyentes (39, 40).

Investigación en formación

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

Las intervenciones educativas en el contexto del **desarrollo profesional continuo** (DPC) parecen tener un efecto ligero a moderado en los conocimientos del médico; sin embargo, por lo general el tamaño del efecto es pequeño en cuanto a cambios de comportamiento (lo que suele ser un obstáculo central para la mejora de la calidad) (41, 42), el desempeño y los resultados para los pacientes (que se han estudiado con una frecuencia mucho menor) para muchos de los

métodos educativos individuales. Tanto la difusión de los materiales como las lecturas didácticas, y también el feedback no comentado, parecen ser marcadamente ineficaces (43, 44).

En cierto modo las **intervenciones** tienen más éxito cuando son interactivas, emplean múltiples métodos y están diseñadas para un grupo pequeño de médicos de una sola disciplina. Las intervenciones con facetas múltiples dirigidas simultáneamente a médicos, pacientes y otros interesados también parecen ser efectivas. Sin embargo, es esencial que las intervenciones estén bien adaptadas a los factores locales como el desempeño actual de los médicos y las barreras al cambio (45). Incluso las intervenciones cuidadosamente diseñadas pueden no ser satisfactorias. El hecho de que en muchos sistemas sanitarios los estudios en calidad de la asistencia se realicen en participantes voluntarios puede introducir un sesgo. Estas prácticas autoseleccionadas pueden dar presentar resultados al principio, pero también tienden a implementar las estrategias experimentales mejor que la práctica media habitual.

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

Necesidades para futura investigación y metodología recomendada

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

La futura investigación deben centrarse en

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

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

Enfoque integral

Definición del dominio de investigación

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

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

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

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

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

Resumen de los resultados

Obtención y valoración de las publicaciones

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

Resultados de la revisión bibliográfica

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

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

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

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

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

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

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

Necesidades para futura investigación

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

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

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

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

Metodología de investigación recomendada

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

Orientación comunitaria

Definición del dominio de investigación

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

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

Resumen de los resultados

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

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

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

mucha investigación en enfermería.

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

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

Necesidades para futura investigación

Por lo tanto, las futuras investigaciones deben centrarse en:

- El desarrollo de instrumentos de investigación y medidas de resultados que reflejen diferentes aspectos de la orientación a la comunidad y su convergencia.
- La comparación de diferentes enfoques/modelos de atención primaria en la comunidad, teniendo en cuenta los resultados referidos tanto a las necesidades sanitarias individuales como comunitarias.
- Los modelos de atención comunitaria basados en áreas específicas de la práctica clínica como cuidados de adicción a drogas.
- Las tecnologías de la información en la atención comunitaria en AP.
- La formación de la atención comunitaria en AP en relación con la evaluación de programas, instrumentos validados, con una metodología clara y análisis estadísticos adecuados.

Metodología de investigación recomendada

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

Enfoque holístico

Definición del dominio de investigación

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

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

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

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

Resumen de los resultados

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

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

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

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

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

Necesidades para futura investigación

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

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

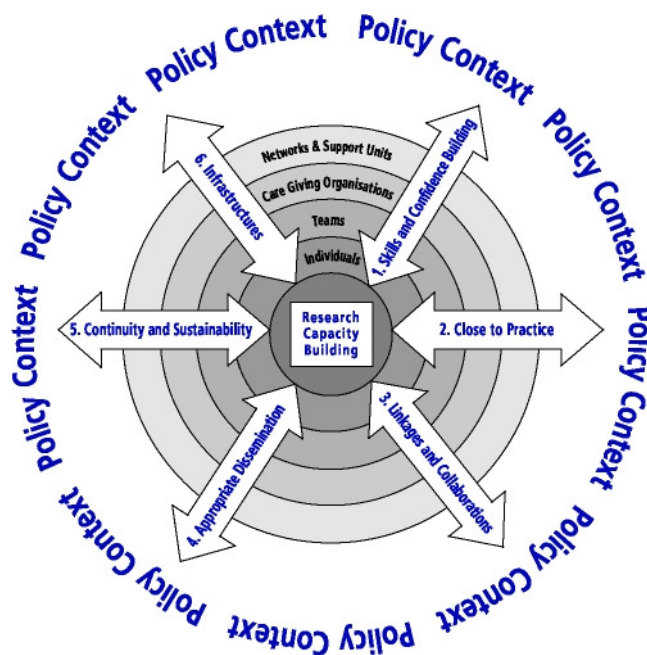
Metodología de investigación recomendada

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

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

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

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



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

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

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

Para concluir, es necesario contar con una descripción de

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

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

Elección del tema de investigación

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

El proyecto de investigación previsto:

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

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

¿Es original, no repetitivo?

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

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

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

Elaborar un buen plan de investigación

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

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

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

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

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

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

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

Errores comunes en la investigación cuantitativa

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

Errores comunes en la investigación cualitativa

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

Crear un equipo de investigación

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

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

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

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

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

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

Desarrollar capacidades y realizar formación en investigación

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

Posibilidades de mejorar las capacidades de investigación

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

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

Reflexionar sobre condiciones facilitadoras

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

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

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

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

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

Conclusión y discusión

Conclusión

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

Agenda para futura investigación

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

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

Metodología de investigación recomendada

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

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

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

Discusión de la metodología

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

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

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

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

Discusión relativa a otras publicaciones sobre investigaciones en medicina general/ de familia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implicaciones

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

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

Implicaciones para WONCA Europa, la EGPRN y otras organizaciones de investigación

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

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

Tanto WONCA Europa como EGPRN deben tener en cuenta las prioridades de la Agenda cuando planifican futuros congresos, cursos o proyectos y con fines de financiación. Las organizaciones de investigación deben proporcionar o difundir instrumentos de investigación útiles, p. ej. un tesoro, sistemas de clasificación adecuados e instrumentos de investigación validados.

La WONCA y todas las redes de la investigación relacionadas con la medicina general/de familia respaldan y mantienen una visión generalista sobre los elementos clave de la medicina general o de familia y, de esta manera, amparan a los numerosos grupos de interés que en algunas ocasiones suelen perturbar el campo y adoptar una visión especializada. Cada proyecto de investigación debe reflejar las cuatro dimensiones mencionadas más arriba.

Implicaciones para los pacientes

Los pacientes no solo participan como sujetos de un estudio, sino que sus necesidades deben ser la fuerza impulsora de la sanidad y la investigación. La investigación y los temas elegidos deben ser relevantes tanto para los médicos generales como para los pacientes y deben tener resonancia local. Por lo tanto, los resultados de la investigación en medicina general o de familia deben ser relevantes y aplicables, ya sea en la comunidad local o en un contexto (internacional) más amplio o en ambos. Esta investigación, tienen la capacidad de cambiar la práctica clínica, informar las decisiones políticas y, en última instancia, fortalecen la disciplina.

La investigación y políticas futuras deben considerar las siguientes dimensiones:

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

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

Implicaciones para las investigación

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

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

Futura investigación debe centrarse en las prioridades y las necesidades destacadas en esta Agenda y respetar las características esenciales de la disciplina y las particularidades de los pacientes en atención primaria. Los estudios que se centran en la investigación en los servicios sanitarios, el humanismo o la medicina biopsicosocial son una parte importante de la investigación en medicina general o de familia. Durante la planificación debe considerarse el valor que añade a los conocimientos existentes. Deben revisarse las herramientas existentes y la medición de resultados para poder asociar y comparar los diferentes estudios. Por ejemplo, dentro de los proyectos de mejora de la calidad, debe analizarse siempre la adecuación de la atención «habitual» como comparador. La investigación que destacan las ventajas de la medicina general o de familia

según los conceptos descritos en la definición puede ayudar a sustentar la importancia de la disciplina frente a otras especialidades y frente a los decisores políticos.

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

Implicaciones para las publicaciones científicas

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

Implicaciones para la planificación

La Agenda de investigación debe tenerse en cuenta cuando se planifican programas de investigación o de atención sanitaria, como indican las evidencias de los beneficios de la medicina general/de familia y atención primaria en general, así como en aspectos específicos de la atención. En la financiación de las decisiones o la planificación estratégica, deben tenerse en cuenta las necesidades de investigación formuladas. Los expertos en medicina general o de familia deben participar en todos los organismos que toman decisiones relativas a la política sanitaria o la financiación de la investigación relacionadas con la salud.

Esta Agenda y sus sugerencias para la investigación futuras hacen hincapié en la importancia de la atención primaria para los pacientes y en el sistema de salud. La promoción de la investigación en medicina general o de salud propuesta en este programa exige que el país cuente con una buena infraestructura básica de investigación, lo que incluye:

- Facilitar un acceso a las publicaciones científicas, las bases de datos y a la comunidad científica (mediante congresos y cursos) independiente de las compañías farmacéuticas.
- Proporcionar una financiación adecuada a los departamentos universitarios y los institutos de investigación y a los proyectos de investigación en medicina general o de familia. La cantidad de financiación debe reflejar la importancia de la disciplina dentro del sistema sanitario y proporcionar una infraestructura adecuada con la estabilidad suficiente en el tiempo como para permitir la investigación longitudinal.
- Aplicar las historias clínicas electrónicas con sistemas de codificación apropiados (ICPC) que reflejen la realidad de la atención primaria y proporcionen información adecuada a las bases de datos de investigación.

■ Proporcionar y mantener bases de datos de investigación adecuadas que analicen y describan en detalle la atención primaria (esto es, basadas en las historias clínicas). Estas bases de datos deben respetar la privacidad y la seguridad y deben ser accesibles y adecuadas no solo para los fines de la salud pública o la autoridad sanitaria, sino también para:

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

Agradecimientos

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

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

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

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

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

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

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

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

Apéndices

Resumen general de las estrategias de búsqueda

Gestión de la atención primaria

- *organization and administration*» (organización y administración) [términos MeSH] combinado con «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal (*Majr*)] y/o «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]
- *practice management*» (gestión del consultorio) combinado con «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] y/o «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH], «*health services*» (servicios sanitarios [MeSH], «*education, medical*» (educación, médica) [MeSH principal]
- *health services accessibility*» (accesibilidad a los servicios sanitarios) [MeSH principal] combinado con «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] y/o «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]
- *medical records systems, computerized*» (sistemas de historias clínicas, computerizado) [MeSH] combinado con «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] y/o «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]

Atención centrada en la persona

- «*patient-centered care*» (atención centrada en el paciente) [MeSH principal] combinado con
- «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] y/o «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]
- «*continuity of patient care*» (continuidad de la atención al paciente) [MeSH]

Capacidades específicas para resolver problemas

«*Pharyngitis*» (faringitis) (vinculado a «*sore throat*» [dolor de garganta] en MeSH) se empleó como término de una enfermedad específica en búsquedas para ejemplificar diagnósticos y tratamientos y «*heart failure*» (insuficiencia cardíaca) como ejemplo de enfermedad crónica. La disuria/infección de las vías urinarias y la diabetes fueron otras enfermedades empleadas para los ejemplos de búsquedas. En cuanto a las conclusiones, los autores también se valieron de su experiencia y conocimientos expertos generales como investigadores y revisores.

General, para la clasificación semicuantitativa

■ «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH], límites: últimos 5 años, ensayos clínicos, ensayos controlados aleatorizados.

Diagnóstico

- «*diagnosis*» (diagnóstico) [MeSH] Y «*primary care*» (atención primaria) [MeSH] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]
- término MeSH específico de la enfermedad Y «*epidemiology*» (epidemiología) [MeSH]
- término MeSH específico de la enfermedad Y «*decision making*» (toma de decisiones) [MeSH]
- «*diagnostic errors*» (errores de diagnóstico) [MeSH]
- «*false negative reactions*» (falsas reacciones negativas) [MeSH]
- «*false positive reactions*» (falsas reacciones positivas) [MeSH]
- «*observer variation*» (variación del observador) [MeSH]
- «*watchful waiting*» (conducta expectante) (término general)
- término MeSH específico de la enfermedad Y «*therapeutics*» (terapéutica) [MeSH principal] O «*drug therapy*» (tratamiento farmacológico) [MeSH]
- término MeSH específico de la enfermedad Y «*drug therapy*» (farmacoterapia) [MeSH]
- término MeSH específico de la enfermedad Y «*complementary therapies*» (tratamientos complementarios) [MeSH]

Atención crónica

- término MeSH específico de la enfermedad Y «*long term care*» (atención de largo plazo) [MeSH] Y «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]

Rehabilitación

- término MeSH específico de la enfermedad Y «*rehabilitation*» (rehabilitación) [MeSH] Y «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH]

Calidad de la asistencia

- término MeSH específico de la enfermedad Y «*quality assurance, health care*» (garantía de calidad, asistencia sanitaria) [MeSH] Y «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]

Toma de decisiones (compartida)

- «*physician-patient relations*» (relaciones entre el médico y el paciente) [MeSH] Y «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]: proporciona un enfoque muy amplio e inespecífico.
- «*decision making*» (toma de decisiones) [MeSH] con o sin «*family practice*»

(medicina de familia) [MeSH] («*shared decision making*» [toma de decisiones compartida] no es un término MeSH)

Investigación en los servicios sanitarios

- «*problem solving*» (solución de problemas) [MeSH] con todos los subtítulos Y «*health services*» (servicios sanitarios) Y («*family practice*» [medicina de familia] O «*family physician*» [médico de familia])
- combinado con «*quality management*» (gestión de la calidad) [MeSH]
- «*primary care*» (atención primaria) [MeSH] Y «*disease management*» (tratamiento de la enfermedad) [MeSH] Y «*health services*» (servicios sanitarios) [MeSH]
- combinado con «*collaborative care management*» (gestión de la atención en colaboración) , «*rehabilitation*» (rehabilitación), «*patient-centred care*» (atención centrada en el paciente), «*frequent attenders*» (profesionales que prestan asistencia con frecuencia), «*promoting healthy life style*» (promoción de un estilo de vida sano), «*continuity of health care*» (continuidad de la atención sanitaria)

Genética

- «*genetics*» (genética) [MeSH] Y «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH], límites: humana
- «*genetics*» (genética) [MeSH] Y «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH]

Investigación educativa

- «*education, medical*» (educación, médica) [términos MeSH] Y «*problem solving*» (solución de problemas) [términos MeSH] Y ((«*family practice*» [TIAB] NO Medline[SB]) O «*family practice*» [medicina de familia] [términos MeSH] O *general practice* [medicina general] [palabra de texto]) O ((«*primary health care*» [atención primaria de salud][TIAB] NO Medline[SB]) O «*primary health care*» (atención primaria de salud) [términos MeSH] O *primary care* (atención primaria) [palabra de texto])

Enfoque integral

General para atención integral

- «*comprehensive health care*» (atención sanitaria integral) [MeSH] Y «*primary care*» (atención primaria) [MeSH] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]
- «*comprehensive health care*» (atención sanitaria integral) [principal] Y ((«*primary health care*» (atención primaria de salud)[TIAB] NO Medline [SB]) O «*primary health care*» (atención primaria de salud) [términos MeSH] O «*primary care*» (atención primaria) [palabra de texto]) O ((«*family practice*» (medicina de familia) [TIAB] NO Medline[SB]) O «*family practice*» (medicina de familia) [términos MeSH] OR *family medicine* (medicina de familia) [palabra de texto]) O ((«*family practice*» (medicina de familia)[TIAB] NO Medline[SB]) O «*family practice*» (medicina de familia) [términos MeSH] O «*general practice*» (medicina general) [palabra de texto]) Y «*Meta-Analysis*» (metanálisis)[ptyp] NO «*comprehensive dental care*» (asistencia odontológica integral) [MeSH])

Promoción de la salud

■ («*comprehensive health care*» (atención sanitaria integral) [MeSH] O «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]) Y «*health Promotion*» (promoción de la salud) [MeSH principal] NO límites de enfermería: metanálisis

Prevención

■ («*prevention and control*» [promoción y control] [Subtítulo] O «*primary prevention*» [prevención primaria]) [MeSH]) Y («*comprehensive health care*» [atención sanitaria integral] [MeSH] O «*primary health care*» [atención sanitaria integral] [MeSH] O «*family practice*» [medicina de familia] [MeSH])

Tratamiento paliativo

■ «*comprehensive health care*» (atención sanitaria integral) [MeSH] Y «*palliative care*» (asistencia paliativa) [MeSH] Y («*primary health care*» [atención primaria de salud] [MeSH] O «*physicians, family*» [médicos, familia] [MeSH])

Enseñanza

■ («*teaching*» [enseñanza] [MeSH] O «*education*» [formación] [MeSH] O «*education*» [formación] [Subtítulo] O «*teaching materials*» [materiales didácticos] [MeSH]) Y «*comprehensive health care*» [atención sanitaria integral] [MeSH] Y «*family practice*» [medicina de familia] [MeSH principal]

Muchos de los artículos se centraban en la enfermería y no son relevantes para la medicina de familia. Por lo tanto, se los excluyó poniendo en la cadena de búsqueda «*NOT nursing*» (no enfermería).

Orientación a la comunidad

Como no hay un término MeSH explícito para la atención primaria orientada a la comunidad, se empleó una combinación de varios términos:

■ («*community networks*» (redes de comunicación comunitaria) [MeSH] O «*community health services*» (servicios comunitarios de salud) [MeSH] O «*community health planning*» (planificación sanitaria comunitaria) [MeSH] O «*community-institutional relations*» (relaciones comunitarias-institucionales) [MeSH] O «*community health aides*» (ayudantes de salud comunitarios) [MeSH] O «*community health nursing*» (enfermería sanitaria comunitaria) [MeSH] O «*community health centers*» (centros de salud comunitarios) [MeSH] O «*community medicine*» (medicina comunitaria) [MeSH] O «*consumer participation*» (participación del consumidor) [MeSH] O «*delivery of health care*» (prestación de la asistencia sanitaria) [MeSH]) Y («*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH] NO «*public health*» (medicina pública) [MeSH])

■ («*minority groups*» (grupos minoritarios) [MeSH] Y «*health services needs and demand*» (necesidades y demanda de los servicios sanitarios) [MeSH] O «*community networks/utilization*» (utilización/redes de comunicación comunitaria) Y («*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]) «*residence characteristics*» (características de residencia) [MeSH] Y («*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH

principal] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH])

■ «*community*» (comunidad) Y («*family practice*» (medicina de familia) [MeSH] O «*physicians, family*» (médicos, familia) [MeSH]) Y «*education*» (formación) [MeSH principal]

Enfoque holístico

■ «*holistic health*» (salud integral) [MeSH principal] Y («*primary health care*» [atención primaria de salud] [MeSH] O «*family practice*» [medicina de familia] [MeSH])

■ «*holistic health*» (salud integral) [MeSH principal] Y («*primary health care*» [atención primaria de salud] [MeSH principal] O «*family practice*» [medicina de familia] [MeSH principal] Y «*health services research*» [investigación en servicios sanitarios] [MeSH principal])

■ «*holistic health*» (salud integral) [MeSH principal] Y («*primary health care*» [atención primaria de salud] [MeSH principal] Y «*research*» [investigación] [MeSH] O «*research*» [investigación] [palabra de texto])

■ «*holistic health*» (salud integral) [MeSH principal] Y («*biomedical research*» [investigación biomédica] [MeSH] O «*clinical nursing research*» [investigación en enfermería clínica] [MeSH] Y «*psychology, social*» [psicología, social] [MeSH] O «*sociology, medical*» [sociología, médica] [MeSH]) Y «*primary health care*» [atención primaria de salud] [MeSH principal]

Complejidad

■ «*complexity*» (complejidad) [todos los campos] Y «*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH]

Competencia cultural

■ («*cultural competency*» (competencia cultural) [MeSH] O «*culture*» (cultura) [MeSH]) Y («*primary health care*» (atención primaria de salud) [MeSH principal] O «*family practice*» (medicina de familia) [MeSH])

Bibliografía

Referencias: introducción

1. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021-2025.
2. Okkes I, SK, Oskam, Lamberts H. The Probability of Specific Diagnoses for Patients Presenting with Common Symptoms to Dutch Family Physicians. *J Fam Pract* 2002; 51: 31-36.
3. Wonca-Europe definition of Family Medicine. 2005. <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. World Health Organisation (WHO). The World Health Report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization, Geneva: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed on July 7, 2009).
6. Rawaf S, Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 1365-1367.
7. Boelen C, Haq CVH, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: the contribution of family medicine A guidebook. A collaborative project of the World Organization of Family Doctors (Wonca) and the World Health Organization (WHO). Singapore, 2002.
8. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Glasgow, 2006.
9. World Health Organisation (WHO). Declaration of Alma Ata. 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed on July 11, 2009)
10. Health Council of the Netherlands. European Primary Care. The Hague, 2004 (Publication No. 2004/20E).
11. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? HEN Synthesis Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.
12. Starfield B. Is Primary Care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
13. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
15. 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 Services Research* 2003; 38: 831-65.
16. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48: 275-84.

17. McDonald J, Cumming J, Harris MF, Powell Davies G, Burns P. "Systematic review of system-wide models of comprehensive primary health care." Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, University of New South Wales 2006.
18. Lionis C, Carelli F, Soler JK. Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *J Fam Pract* 2004; 21: 477-478.
19. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam. Pract* 2004; 21: 587-593.
20. Anonymous. Editorial. Is primary-care research a lost cause. *Lancet* 2003; 36: 977.
21. Lindblad U, Hakansson A. Is there a future for primary care research? *Scand J Prim Health Care* 2004; 22: 65-66.
22. De Maeseneer J, van Driel M, Green, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1314-9.
23. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Kottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet* 2004; 364: 1004-1006.
24. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

Referencias: metodología

1. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. *J Fam Pract* 2004; 21: 587-593.
2. Topsever P, Rotar-Pavli D, Lionis C, Soler JK, Hummers Pradier E, Hakansson A, Stoffers H, Van Royen P. European Research Capacity in General Practice/Family Medicine: A multiple key informant survey. EGPRN paper 2008.
3. Lange M, Hummers Pradier E. EGPRN abstracts June 2001- May 2006. Content and study design. Abstract presented Nijmegen conference May 2007: <http://www.egprn.org> (accessed on July 7, 2009).
4. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: The role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 526-7.
5. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 5-16.

Referencias: gestión de la atención primaria

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129-33.
2. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *J Fam Pract* 1996; 43: 40-8.

3. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue .Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6: 116-23.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
5. WHO Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO 2004 <http://www.euro.who.int/Document/E82997.pdf> (accessed on August 3, 1009)
6. Kendrick T, Burns T, Freeling P. Randomised controlled trial of teaching general practitioners to carry out structured assessments of their long term mentally ill patients. *BMJ* 1995 ; 311: 93-8.
7. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, Pickering RM, Baker NG, Henson A, Preece J, Cooper D, Campbell MJ. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 355: 185-91.
8. Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, O'Carroll R, Howie K, Iliffe S. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. *BMJ* 2006; 332: 692-6.
9. Chiba N, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Escobedo S, Grace E, Lee J, Sinclair P, Barkun A, Armstrong D, Thomson AB. Economic evaluation of *Helicobacter pylori* eradication in the CADET-Hp randomized controlled trial of *Helicobacter pylori*-positive primary care patients with uninvestigated dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 349-58.
10. Reynolds CF 3rd, Degenholtz H, Parker LS, Schulberg HC, Mulsant BH, Post E, Rollman B. Treatment as usual (TAU) control practices in the PROSPECT Study: managing the interaction and tension between research design and ethics. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16: 602-8.
11. Kendrick T, Simons L, Mynors-Wallis L, Gray A, Lathlean J, Pickering R, Harris S, Rivero-Arias O, Gerard K, Thompson C. A trial of problem-solving by community mental health nurses for anxiety, depression and life difficulties among general practice patients. The CPN-GP study. *Health Technol Assess* 2005 ; 9: 1-104.
12. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (2): CD001271.
13. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health*. 1998; 88: 1330-6.
14. Rohrer JE, Bernard M, Naessens J, Furst J, Kircher K, Adamson S. Impact of open-access scheduling on realized access. *Health Serv Manage Res*. 2007; 20: 134-9.
15. Lasser KE, Mintzer IL, Lambert A, Cabral H, Bor DH. Missed appointment rates in primary care: the importance of site of care. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16: 475-86.
16. Bundy DG, Randolph GD, Murray M, Anderson J, Margolis PA. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. *Pediatrics* 2005; 116: 82-7.
17. Solberg LI, Maciosek MV, Sperl-Hillen JM, Crain AL, Engebretson KI, Asplin BR, O'Connor PJ. Does improved access to care affect utilization and costs for patients with chronic conditions? *Am J Manag Care*. 2004; 10: 717-22.

18. Smits FT, Brouwer HJ, Ter Riet G, van Weert HH. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health* 2009; 9: 36.
19. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4): CD005471.
20. Slade M, Gask L, Leese M, McCrone P, Montana C, Powell R, Stewart M, Chew-Graham C. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services-lessons from a multi-site cluster randomized controlled trial. *J Fam Pract* 2008; 25: 181-90.
21. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD003798.
22. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (3): CD004910.
23. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care* 2008; 14: 213-24.
24. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ, Sharp D. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 878-84.
25. Liu CF, Hedrick SC, Chaney EF, Heagerty P, Felker B, Hasenberg N, Fihn S, Katon W. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in a primary care veteran population. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 698-704.
26. Rossignol M, Abenhaim L, Seguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000; 25: 251-8.
27. Kunz R, Wegscheider K, Guyatt G, Zielinski W, Rakowsky N, Donner-Banzhoff N, Muller-Lissner S. Impact of short evidence summaries in discharge letters on adherence of practitioners to discharge medication. A cluster-randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 456-61.
28. Morrison J, Carroll L, Twaddle S, Cameron I, Grimshaw J, Leyland A, Baillie H, Watt G. Pragmatic randomised controlled trial to evaluate guidelines for the management of infertility across the primary care-secondary care interface. *BMJ* 2001; 322: 1282-4.
29. Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, del Pozo F, de Toledo P, Anto JM, Rodriguez-Roisin R, Decramer M. Members of the CHRONIC Project. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J*. 2006; 28: 123-30.
30. Vlek JF, Vierhout WP, Knottnerus JA, Schmitz JJ, Winter J, Wesselingh-Megens AM, Crebolder HF. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 108-12.
31. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *J Fam Pract* 2002; 19: 529-36.
32. ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press 1998.

33. Okkes I, Jamoulle M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *J Fam Pract* 2000; 17: 101-7.
34. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, Yamada T, Bujak M, Oskam SK, Green LA, Lamberts H. The role of family practice in different health care systems. A comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract* 2002; 51: 72.
35. Soler JK, Okkes I, Lamberts H, Wood M. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birth-day of the International Classification of Primary Care. *J Fam Pract* 2008; 25: 312-317.
36. Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 1997 summary. *Adv Data* 1999: 1-28.
37. Wood L, Martinez C. The general practice research database: role in pharmacovigilance. *DruG Saf* 2004; 27: 871-81.
38. Hippisley-Cox J, Pringle M, Cater R, Wynn A, Hammersley V, Coupland C, Hapgood R, Horsfield P, Teasdale S, Johnson C. The electronic patient record in primary care-regression or progression? A cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1439-43.
39. eHID - Electronic Medical Records for Health Indicator Data. Europe: European Community Action I the field of Public Health (2003-2008) –Strand I: Health Information, Priority 2.2.5: eHealth.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2003/action1/action1_2003_19_en.htm (accessed on July 7, 2009).
40. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.
41. McCormick A, Fleming D, Carlton J. "Morbidity Statistics from General Practice. Fourth National Study 1991-1992." London: 1995: Office of Population Censuses and Surveys.
42. Van Weel, C. The Continuous Morbidity Registration Nijmegen: Background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 Suppl 1: 5-12.
43. Bartholomeeusen S, Kim CY, Mertens R, Faes C, Buntinx F. The denominator in general practice, a new approach from the Intego database. *J Fam Pract* 2005; 22: 442-7.
44. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (4): CD004180.
45. Ward D, Severs M, Dean T, Brooks N. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4): CD003164.
46. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1): CD003798.
47. Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein D. Early effects of „Guided Care“ on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 63: 321-7.

48. Lauritzen T, Jensen MS, Thomsen JL, Christensen B, Engberg M. Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP). *Scand J Public Health*. 2008; 36: 650-61.
49. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, Miller P, Kerslake R, Pringle M. The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration: a randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 2001; 5: 1-69.
50. Richards SH, Bankhead C, Peters TJ, Austoker J, Hobbs FD, Brown J, Tydeman C, Roberts L, Formby J, Redman V, Wilson S, Sharp DJ. Cluster randomised controlled trial comparing the effectiveness and cost-effectiveness of two primary care interventions aimed at improving attendance for breast screening. *J Med Screen* 2001; 8: 91-8.
51. van Wijk MA, van der Lei J, Mosseveld M, Bohnen AM, van Bommel JH. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomized trial. *Ann Intern Med* 2001; 134: 274-81.
52. Shannon GR, Wilber KH, Allen D. Reductions in costly healthcare service utilization: findings from the Care Advocate Program. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1102-7.
53. Black MM, Nair P, Kight C, Wachtel R, Roby P, Schuler M. Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics* 1994; 94: 440-8.
54. Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M, Reis S. Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behaviour: a controlled trial and before and after study. *J Eval Clin Pract* 2007; 13: 581-98.
55. Bahn TJ, Cronau HR, Way DP. A comparison of family medicine and internal medicine experiences in a combined clerkship. *Fam Med* 2003; 35: 499-503.
56. McNulty CA, Thomas M, Bowen J, Buckley C, Charlett A, Gelb D, Foy C, Sloss J, Smellie S. Improving the appropriateness of laboratory submissions for urinalysis from general practice. *J Fam Pract* 2008; 25: 272-8.
57. Altiner A, Brockmann S, Sielk M, Wilm S, Wegscheider K, Abholz HH. Reducing antibiotic prescriptions for acute cough by motivating GPs to change their attitudes to communication and empowering patients: a cluster-randomized intervention study. *J Antimicrob Chemother* 2007; 60: 638-44.
58. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 20.

Otra bibliografía y artículos clave

Registro de morbilidades

- NAMCS. (1995, 1996, 1997). Ambulatory Care Visits to Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, and Emergency Departments: United States 1995, 1996, 1997 [Series 13, No. 129, 134, 143]. USA; NAMCS.
- Marsland DW, Wood M, Mayo F. Content of family practice. Part I. Rank order of diagnoses by frequency. Part II. Diagnoses by disease category and age/sex

distribution. J Fam Pract. 1976; 3: 37-68.

- Marsland DW, Wood M, Mayo F. A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice: 526,196 patient problems. J Fam Pract. 1976; 3: 25-8.

Referencias: asistencia centrada en la persona

1. Balint M. The doctor, his patient and the illness, Pitman Medical Publ. London 1957.
2. Balint M, Balint E. Psychotherapeutic techniques in medicine. Tavistock, London. 1961.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med 2000; 51: 1087-1110.
4. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. BMJ 2001; 322:468-72.
5. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns 2000; 39: 17-25.
6. Starfield B. Is Primary Care essential? Lancet 1994; 344: 1129-33.
7. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J, EUROPEP. Patients in Europe evaluate general practice care: an inter-national comparison. Br J Gen Pract 2000; 50: 882-7.
8. Lorig KR, Ritter PL, Dost A, Plant K, Laurent DD, McNeil I. The Expert Patients Programme online, a 1-year study of an Internet-based self-management programme for people with long-term conditions. Chronic Illn 2008; 4: 247-56.
9. Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partridge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Self-management education for patients with chronic pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4): CD002990.
10. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4): CD005108.
11. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003; 26:1-7.
12. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288: 2469-75.

Otra bibliografía y artículos clave

Definición y artículos sobre una definición más adecuada del concepto

- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice Soc Sci Med 2001; 53: 487-505.
- De Haes H, Dillemas in patient centredness and shared decision making: a case for vulnerability. Pat Educ Couns 2006; 62: 291-8.
- Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective – theoretical aspects. J Fam Pract 2001; 18: 638-43.

Experiencias entre el médico y el paciente, creencias y preferencias de un enfoque y comunicación biomédica frente a un enfoque centrado en el paciente, también sobre continuidad

- Alazri MH, Neal RD, Heywood P, Leese B. Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. Br J Gen Pract. 2006; 56: 488-95
- Baker R, Boulton M, Windridge K, Tarrant C, Bankart J, Freeman GK. Interpersonal continuity of care: a cross-sectional survey of primary care patients' preferences and their experiences. Br J Gen Pract 2007; 57: 283-289.
- Schers H, Bor H, van den Bosch W, Grol R. GP's attitudes to personal continuity: findings from everyday practice differ from postal surveys. Br J Gen Pract. 2006; 56: 536-8
- Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? BMJ 2003; 326: 1310.

Efectos de un enfoque o comunicación centrado en el paciente

- Bower R, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counseling in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2006
- Kidd J, Marteau TM, Robinson S, Ukoumunne OC, Tydeman C. Promoting patient participation in consultations: a randomised controlled trial to evaluate the effectiveness of three patient-focused interventions. Patient Educ Couns 2004; 52: 107-12.
- Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD004910.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49: 796-804.

Formación: efecto de los programas de formación

- Hobma S, Ram P, Muijtens A, van der Vleuten C, Grol R. Effective improvement of doctor- patient communication; a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2006; 56: 580-6.
- Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, de Torres LP. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. J Fam Pract 2001; 18: 60-3.
- Yudkowsky R, Downing SM, Ommert D. Prior experiences associated with residents' scores on a communication and interpersonal skill OSCE. Patient Educ Couns. 2006; 62: 368-73.

Instrumentos para medir la centralización en el paciente

- Mercer SW, Howie JG. CQI-2--a new measure of holistic interpersonal care in primary care consultations. Br J Gen Pract 2006; 56: 262-8.
- Pawlikowska TR, Nowak PR, Szumilo-Grzesik W, Walker JJ. Primary care reform: a pilot study to test the evaluative potential of the Patient Enablement Instrument in Poland. J Fam Pract 2002; 19: 197-201.

Referencias: capacidades específicas para resolver problemas

1. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt H-P, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomised clinical trials. *BMJ* 2005; 331: 321-7.
2. Ames D, Kaduszkiewicz H, van den Bussche H, Zimmermann. For debate: is the evidence for the efficacy of cholinesterase inhibitors in the symptomatic treatment of Alzheimer's disease convincing or not? *Int Psychogeriatr* 2008; 20: 259-92.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann H, GRADE working group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924-6.
4. Buntinx F, Knockaert D, Bruyninckx R, de Blaey N, Aerts M, Knottnerus JA, Delooz H. Chest pain in general practice or in the hospital emergency department: is it the same? *Fam Pract*. 2001; 18: 586-9.
5. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med* 2006; 4: 104-8.
6. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, Altman DG, Tunis S, Haynes B, Oxman AD, Moher D, CONSORT group, Pragmatic Trials in Healthcare Group. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ* 2008; 337: 2390.
7. Little P, Gould C, Williamson I, Moore M, Warner G, Dunleavy J. Pragmatic randomised controlled trial of two prescribing strategies for childhood acute otitis media. *BMJ* 2001; 322: 336-42.
8. Hippisley-Cox J, Coupland C. Risk of myocardial infarction in patients taking cyclooxygenase-2 inhibitors or conventional non-steroidal anti-inflammatory drugs: population based nested case-control analysis. *BMJ* 2005; 330: 1366.
9. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JFM, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 367-75.
10. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ* 2007; 334: 1016-7.
11. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 51.
12. Bayliss EA, Bayliss MS, Ware JE Jr, Steiner JF. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 47.
13. Ostbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*. 2005; 3: 209-14.
14. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Aff* 2004; 20: 64-78.
15. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
16. Bodenheimer T, Grumbach K. Improving primary care: strategies and tools for a better practice. Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York 2007.

17. Ofman JJ, Badamgarav E, Henning JM, Knight K, Gano AD, Levan RK, Gur-Arie S, Richards MS, Hasselblad V, Weingarten SR. Does disease management improve clinical and economic out-comes in patients with chronic diseases? A systematic review. *Am J Med* 2004; 117: 182-92.
18. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11: 478-488.
19. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Grol R. Shared decision making. Measurement using the OPTION instrument. Cardiff: Cardiff University; 2005.
20. Grol R, Mesker P, Schellevis F. Peer review in general practice. Methods, standards, protocols. 1 ed. Nijmegen: Nijmegen University, Department of General Practice; 1988.
21. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford General Practice Series, 32. Oxford: Oxford University Press; 1995.
22. Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:110-1.
23. Grimshaw J, McAuley LM, Bero LA, Grilli R, Oxman AD, Ramsay C, Vale L, Zwarenstein M. Systematic review of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 298-303.
24. Marshall M, Sheaff R, Rogers A, Campbell S, Halliwell S, Pickard S, Sibbald B, Roland M. A qualitative study of the cultural changes in primary care organisations needed to implement clinical governance. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 641-5
25. www.equip.ch (accessed on July 11, 2009)
26. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R. The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *J Family Pract* 2003; 20: 443-451.
27. Baker R, Hearnshaw H, Cooper A, Cheater F, Robertson N. Assessing the work of medical audit advisory groups in promoting audit in general practice. *Qual Health Care* 1995; 4: 234-9.
28. Roland M, Baker R. Clinical Governance - a practice guide for primary care teams. Manchester: University of Manchester; 1999.
29. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995; 70: 1-71.
30. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 48: 991-7.
31. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8: 1-34.
32. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care. The implementation of change in clinical practice. Butterworth Heinemann; 2005.
33. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thompson MA. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
34. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33-42.
35. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315-9.

36. Roland M. The Quality and Outcomes Framework: too early for a final verdict. *Br J Gen Pract* 2007; 57:525-7.
37. Verstappen WH. 2003: Effect of a practice-based strategy on test ordering performance of primary care physicians - a randomized trial. *JAMA* 2003; 289: 2407-2412.
38. Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, Andres E, Szecsenyi J. Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact? *J Eval Clin Pract* 2004; 10:457-466.
39. Watson E, Clements A, Yudkin P, Rose P, Bukach C, Mackay J, Lucassen A, Austoker J. Evaluation of the impact of two educational interventions on GP management of familial breast/ovarian cancer cases: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 817-21.
40. Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Watson MS, Douglas A, Miedzybrodzka Z, Gordon R, Wordsworth S, Campbell M, Haites N, Grant A. Cluster randomized trial of a multifaceted primary care decision-support intervention for inherited breast cancer risk. *J Fam Pract*. 2006; 23: 537-44.
41. Greco, P.J. und Eisenberg, J.M. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329: 1271-1274.
42. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abbound PAC, Rubin AR. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
43. Grimshaw, J.M. und Russell, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.
44. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing Physician Performance. A Systematic Review of the Effect of Continuing Medical Education Strategies. *JAMA* 1995; 274: 700-5.
45. Boland M. Wants and needs in continuing medical education. *Aust Fam Physician*. 1997; 26 Suppl 1:S53-5.
46. Hippisley-Cox J, Stables D, Pringle M. QRESEARCH: a new general practice database for research. *Inform Prim Care* 2004; 12: 49-50.

Otra bibliografía y artículos clave

Enfermedades agudas: dolor de garganta, epidemiología y etiología de la enfermedad

- Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2005: 752-758.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination. Does This Patient Have Strep Throat? *JAMA* 2000; 284: 2912-2918.
- Evans CE, McFarlane AH, Norman GR. Sore throats in adults: Who sees a doctor? *Can Fam Physician* 1982; 28:453-8.
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermark G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 615-9.

- McIsaac WJ, Levine N, Goel V. Visits by adults to family physicians for the common cold. J Fam Pract 1998; 47: 366-9.
- Zwart S, Ruijs GJ, Sachs AP, van Leeuwen WJ, Gubbels JW, de Melker RA. Beta-haemolytic streptococci isolated from acute sore-throat patients: cause or coincidence? A case-control study in general practice. Scand J Infect Dis 2000; 32: 377-384.

Enfermedades agudas: dolor de garganta, complicaciones peligrosas evitables, estudiadas en ensayos controlados aleatorizados en la atención primaria

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. Brit J Gen Pract 1996; 46: 589-93.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD 000023.
- Howie JGR, Foggo B. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 223-224.
- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: a randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ 2000; 320: 150-54.
- Zwart S, Rovers MM, de Melker RA, Hoes AW. Penicillin for acute sore throat in children: randomised, double blind trial. BMJ 2003; 327:1324-1330.

Enfermedades agudas: dolor de garganta, evaluación de síntomas, pruebas diagnósticas

- Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decision Making 1981; 1: 239-46.
- Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. Does this patient have strep throat? JAMA 2000; 284: 2912-2918.
- Gulich M, Triebel T, Zeitler HP. Development and validation of a simple, two-step algorithm to identify streptococcal infection in adults with sore throat. Eur J Gen Pract 2002; 8: 58-62.
- Hjortdahl P, Melbye H. Does near-to-patient testing contribute to the diagnosis of streptococcal pharyngitis in adults? Scand J Prim Health Care 1994; 12:70-76
- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermak G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Clinical symptoms and signs in sore throat patients with large colony variant beta-haemolytic streptococci groups C or G versus group A. Br J Gen Pract 2005; 55: 615-9.
- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. Ann Fam Med 2007; 5: 436-43.
- McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary anti-biotic use in patients with sore throat. CMAJ 1998; 158: 75-83.
- McIsaac WJ, Goel V, To T, Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ 2000; 163: 811-5.

Enfermedades agudas: dolor de garganta, ventajas y riesgos del tratamiento con antibióticos

- Dagnelie C, Van der Graaf Y, de Melker RA. Do patients with sore throat benefit from penicillin? A randomized double-blind placebo-controlled clinical trial with penicillin V in general practice. Brit J Gen Pract 1996; 46: 589-593.
- Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4): CD 000023.
- Little P, Williamson I, Warner G, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Open

randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. BMJ 1997; 314:722-727.

- Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. Ann Fam Med. 2007; 5: 436-43.

- Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Hoes AW, de Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. BMJ 2000; 320: 150-54.

Enfermedades agudas: dolor de garganta, prevención y complicaciones

- De Meyere M, Mervielde Y, Verschraegen GBM. Effect of Penicillin on the clinical course of streptococcal pharyngitis in general practice. Eur J Clin Pharmacol 1992; 43: 581-5.

- Lindbaek M, Hoiby EA, Lermak G, Steinsholt IM, Hjortdahl P. Predictors for spread of clinical group A streptococcal tonsillitis within the household. Scand J Prim Health Care 2004; 22: 239-43.

- Little P, Gould C, Williamson I, Gould C, Gantley M, Kinmonth AL. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. BMJ 1997; 315: 350-352.

- Sharland M, Kendall H, Yeates D, Randall A, Hughes G, Glasziou P, Mant D. Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. BMJ 2005; 331: 328-329.

Enfermedades crónicas: insuficiencia cardiaca, pruebas diagnósticas

- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK. Reliability of N-terminal proBNP assay in diagnosis of left ventricular systolic dysfunction within representative and high risk populations. Heart. 2004; 90: 866-70.

- Hobbs FD. Unmet need for diagnosis of heart failure: the view from primary care. Heart 2002; 88: 9-11.

- Hobbs FD, Davis RC, Roalfe AK, Hare R, Davies MK, Kenkre JE. Reliability of N-terminal pro-brain natriuretic peptide assay in diagnosis of heart failure: cohort study in representative and high risk community populations. BMJ 2002; 324: 1498

- Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, Hardman SM, Dargie HJ, Cowie MR. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study. Eur J Heart Fail. 2005; 7: 537-41.

- Rutten FH, Moons KG, Cramer MJ, Grobbee DE, Zuithoff NP, Lammers JW, Hoes AW. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. BMJ 2005; 331: 1379.

- Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. Am Fam Physician 2004; 70: 2145-52.

Enfermedades crónicas: tratamiento de la insuficiencia cardiaca

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. Am J Med 2005 ; 118: 342-8.

- Subramanian U, Fihn SD, Weinberger M, Plue L, Smith FE, Udris EM, McDonnell MB, Eckert GJ, Temkit M, Zhou XH, Chen L, Tierney WM. A controlled trial of including symptom data in computer-based care suggestions for managing patients with chronic heart failure. Am J Med 2004; 116: 375-84.

- Hickling JA, Nazareth I, Rogers S. The barriers to effective management of heart failure in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 615-8.

Enfermedades crónicas: insuficiencia cardiaca, otros estudios

- Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Poole-Wilson PA, Suresh V, Sutton GC. Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study. *Eur Heart J* 1999; 20: 421-8.
- Morris SA, Van Swol M, Udani B. The less familiar side of heart failure: symptomatic diastolic dysfunction. *J Fam Pract* 2005; 54: 501-11.
- Nielsen OW, Hilden J, Larsen CT, Hansen JF. Cross sectional study estimating prevalence of heart failure and left ventricular systolic dysfunction in community patients at risk. *Heart* 2001; 86: 172-8.
- Morgan S, Smith H, Simpson I, Liddiard GS, Raphael H, Pickering RM, Mant D. Prevalence and clinical characteristics of left ventricular dysfunction among elderly patients in general practice setting: cross sectional survey. *BMJ* 1999; 318: 368-72.
- Scherer M, Stanske B, Wetzel D, Koschack J, Kochen MM, Herrmann-Lingen C. [Disease-specific quality of life in primary care patients with heart failure] *Z Arztl Fortbild Qualitatss* 2007;101: 185-90.
- Lloyd-Williams F, Beaton S, Goldstein P, Mair F, May C, Capewell S. Patients' and nurses' views of nurse-led heart failure clinics in general practice: a qualitative study. *Chronic Illn* 2005; 1: 39-47.

Toma de decisiones compartida

- Legare F, Tremblay S, O'Connor AM, Graham ID, Wells GA, Jacobsen MJ. Factors associated with the difference in score between women's and doctors' decisional conflict about hormone therapy: a multilevel regression analysis. *Health Expect* 2003; 6: 208-21.
- Briel M, Young J, Tschudi P, Hugenschmidt C, Bucher HC, Langewitz W. Shared-decision making in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 483-5.
- Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, Russel IT. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 35-42.
- Lester H, Tait L, England E, Tritter J. Patient involvement in primary care mental health: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 415-22.

Toma de decisiones en un contexto de incertidumbre

- Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 755-62.
- Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005; 330: 511.

Asistencia crónica / tratamiento de las enfermedades

- Rich MW. Office management of heart failure in the elderly. *Am J Med* 2005; 118: 342-8.

Genética

- Wilson BJ, Torrance N, Mollison J, Wordsworth S, Gray JR, Haites NE, Grant A, Campbell MK, Miedzybrodzka Z, Clarke A, Watson MS, Douglas A. Improving the referral process for familial breast cancer genetic counselling: findings of three randomised controlled trials of two interventions. 2005; 9: 1-126.
- Robins R, Metcalfe S. Integrating genetics as practices of primary care. Soc Sci Med 2004; 59: 223-33.
- Carroll JC, Brown JB, Blaine S, Glendon G, Pugh P, Medved W. Genetic susceptibility to cancer. Family physicians' experience. Can Fam Physician 2003; 49: 45-52.
- Bekker H, Modell M, Denniss G, Silver A, Mathew C, Bobrow M, Marteau T. Uptake of cystic fibrosis testing in primary care: supply push or demand pull? BMJ 1993; 306: 1584-6.

Investigación educativa

- Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. Med Teach 2006; 28: 3-18.
- Fahey T, Schroeder K, Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract 2005; 55: 875-82.
- Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices in ambulatory care. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4): CD003539.
- Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3): CD005471.
- Sohn W, Ismail AI, Tellez M. Efficacy of educational interventions targeting primary care providers' practice behaviors: an overview of published systematic reviews. J Public Health Dent 2004; 64: 164-72.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. Med Teach 2006; 28: 117-28.
- Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. J Contin Educ Health Prof 2007; 27: 6-15

.

Referencias: enfoque integral

1. Starfield B. Is primary care essential? Lancet 1994; 344: 1129-33.
2. Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med 2005; 165: 986-95.
3. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003; 327: 536-42.

4. Bower P, Rowland N. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (1): CD001025.
5. Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychol M* 2003; 33: 203-15.
6. Bower P, Byford S, Barber J, Beecham J, Simpsons S, Friedli K, Corney R, King M, Harvery L. Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitations in economic analyses. *BMJ* 2003; 326: 1247-50.
7. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (3): CD004910.
8. Van Sluijs EM, van Poppel MN, van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? *Am J Prev Med* 2004; 26: 330-43.
9. Shearer J, Shanaham M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428-34.
10. Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1): CD004273.
11. Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gault M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1244-5.
12. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med* 2008; 148: 147-59.
13. Evans R, Stone D, Elwyn G. Organizing palliative care for rural populations: a systematic review of the evidence. *J Fam Pract* 2003; 20: 304-10.
14. Wittenberg-Lyles EM, Sanchez-Reilly S. Palliative care for elderly patients with advanced cancer: a long-term intervention for end-of-life care. *Patient Educ Couns* 2008; 71: 351-5.
15. Wilson A, Childs S. The effect of interventions to alter the consultation length of family physicians: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 876-82.
16. Ollinghurst S, Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 530-5.
17. Grimshaw JM, Winkens RA, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; (3): CD005471.
18. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (4): CD004180.
19. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (2): CD003318.
20. van Weel C, Mattsson B, Freeman GK, de Meyere M, von Fragstein M; EU Socrates Programme 'Primary Health Care'. General practice based teaching exchanges in Europe. Experiences from the EU Socrates programme 'primary health care'. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 122-6.
21. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.

22. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *J Fam Pract* 2000; 17: 422-7.
23. Freudenstein U, Howe A. Recommendations for future studies: a systematic review of educational interventions in primary care settings. *Br J Gen Pract* 1999; 49: 995-1001.

Otra bibliografía y artículos clave

Enfoque integral (general)

- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.

Enfoque y prevención integral

- Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, Lissel SL, McAlister FA. Secondary prevention programmes for coronary heart disease: a meta-regression showing the merits of shorter, generalist, primary care-based interventions. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 538-46.

Referencias orientación comunitaria

1. Kark SL, Kark E. An alternative strategy in community health care: community-oriented primary health care. *Isr J Med Sci* 1983; 19: 707-13.
2. Nutting PA, Wood M, Conner EM. Community-oriented primary care in the United States. A status report. *JAMA* 1985; 253: 1763-6.
3. Nutting PA. Community-oriented primary care: an integrated model for practice, research, and education. *Am J Prev Med* 1986; 2: 140-7.
4. Tollman S. Community oriented primary care: origins, evolution, applications. *Soc Sci Med* 1991; 32: 633-42.
5. Nevin JE, Gohel MM. Community-oriented primary care. *Prim Care* 1996; 23: 1-15.
6. Longlett SK, Kruse JE, Wesleuy RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 54-63.
7. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002; 92: 1748-55.
8. Mettee TM, Martin KB, Williams RL. Tools for community-oriented primary care: a process for linking practice and community data. *J Am Board Fam Pract* 1998; 11: 28-33.
9. Britt H, Scahill S, Miller G. ICPC PLUS for community health? A feasibility study. *Health Inf Manag* 1997 -1998; 27: 171-5.
10. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trinidad TG, Oliveira MM, Pinto ME. Quality and effectiveness of different approaches in primary care in Brazil. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 156.
11. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, Nunes M, Jones DA, Latif A, Fasey NM, Vickers MR, Tulloch AJ. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; 364: 1667-77.
12. Gillam S, Schamroth A. The Community-Oriented Primary Care Experience in the United Kingdom. *Am J Public Health* 2002; 92: 1721-1725.

13. Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *Int J Health Serv.* 2003; 33: 85-98.
14. Vickrey BG, Mittman BS, Connor KI, Pearson ML, Della Penna RD, Ganiats TG, Demonte RW Jr, Chodosh J, Cui X, Vassar S, Duan N, Lee M. The effect of a disease management intervention on quality and outcomes of dementia care: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 2006; 145: 713-26.
15. Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, Fultz BA, Hui SL, Counsell SR, Hendrie HC. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006; 295: 2148-57.
16. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, Ricketts GD. Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 298: 2623-33.
17. Chen PH, Rovi S, Washington J, Jacobs A, Vega M, Pan KY, Johnson MS. Randomized comparison of 3 methods to screen for domestic violence in family practice. *Ann Fam Med.* 2007; 5: 430-5.
18. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, Blenkinsopp A, Sim J. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ* 2006; 333: 995.
19. Thomas KS, Muir KR, Doherty M, Jones AC, O'Reilly SC, Bassey EJ. Home based exercise pro-gramme for knee pain and knee osteoarthritis: randomised controlled trial. *BMJ* 2002; 325: 752.
20. van't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, Stalman W, Beekman A. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health* 2006; 6: 186
21. Short LM, Surprenant ZJ, Harris JM Jr. A community-based trial of an online intimate partner violence CME program. *Am J Prev Med* 2006; 30: 181-5.
22. Clancy DE, Yeager DE, Huang P, Magruder KM. Further evaluating the acceptability of group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2007; 33: 309-14.
23. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care* 2005; 32: 865.
24. Szles G, Voko Z, Jenei T, Kardos L, Pocsai Z, Bajtay A, Papp E, Pasti G, Kosa Z, Molnar I, Lun K, Adany R. A preliminary evaluation of a health monitoring programme in Hungary. *Eur J Public Health* 2005; 15: 26-32.
25. Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, Scheidt R, Scheuermann W. Four years of practice-based and exercise-supported behavioural medicine in one community of the German CINDI area. (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention). *Int J Sports Med* 1997; 18: 308-15.
26. Proser, M. Deserving the spotlight: health centers provide high-quality and cost-effective care. *J Ambulat Care Manage* 2005; 28: 321-30.
27. Proser MJ, Christianson JB, Grogan CM. Alternative models for the delivery of rural health services. *Rural Health* 1990; 6: 419-36.
28. Giesen P, van Lin N, Mokkink H, van den Bosch W, Grol R. General practice cooperatives: long waiting times for home visits due to long distances? *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 19.

29. van Uden CJ, Zwietering PJ, Hobma SO, Ament AJ, Wesseling G, van Schayck OC, Crebolder HF. Follow-up care by patient's own general practitioner after contact with out-of-hours care. A descriptive study. *BMC Fam Pract.* 2005 ; 6: 23.
30. Connor A, Rainer LP, Simcox JB, Thomisee K. Increasing the delivery of health care services to migrant farm worker families through a community partnership model. *Public Health Nurs.* 2007; 24: 355-60.
31. Cunningham CO, Sohler NL, Wong MD, Relf M, Cunningham WE, Drainoni ML, Bradford J, Pounds MB, Cabral HD. Utilization of health care services in hard-to-reach marginalized HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21: 177-86.
32. Knightbridge SM, King R, Rolfe TJ. Using participatory action research in a community-based initiative addressing complex mental health needs. *Aust NZ J Psychiatry.* 2006; 40: 325-32.
33. Kreling BA, Canar J, Catipon E, Goodman M, Pallesen N, Pomeroy J, Rodriguez Y, Romagoza J, Sheppard VB, Mandelblatt J, Huerta EE. Latin American Cancer Research Coalition. Community primary care/academic partnership model for cancer control. *Cancer.* 2006; 107: 2015-22.
34. Murray SA. Experiences with „rapid appraisal“ in primary care: involving the public in assessing health needs, orientating staff, and educating medical students. *BMJ* 1999; 318: 440-444.
35. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *BMJ* 1995; 310: 1369-1373.
36. Pepall, E., Earnest, J., James, R. Understanding community perceptions of health and social needs in a rural Balinese village: results of a rapid participatory appraisal. *Health Promot* 2007; 22: 44-52.
37. Fisher B, Neve H, Heritage Z. Community development, user involvement, and primary health care. *BMJ* 1999; 318: 749-750.
38. Wilkinson JR, Murray SA. Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ* 1998; 316: 1524-1528.
39. Murray SA, Graham LJ. Practice based health needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood. *BMJ* 1995; 310: 1443-8.
40. Jackson AK. Cultural competence in health visiting practice: a baseline survey. *Community Pract* 2007; 80: 17-22.
41. Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, Gemson D Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an under-served community. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 110-21.
42. Flores G, Fuentes-Afflick E, Barbot O, Carter-Pokras O, Claudio L, Lara M, McLaurin JA, Pachter L, Ramos-Gomez FJ, Mendoza F, Valdez RB, Villarruel AM, Zambrana RE, Greenberg R, Weitzman M The health of Latino children: urgent priorities, unanswered questions, and a research agenda. *JAMA* 2002; 288: 82-90.
43. Giachello AL, Arrom JO, Davis M, Sayad JV, Ramirez D, Nandi C, Ramos C; Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. Reducing diabetes health disparities through community-based participatory action research: the Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition. *Public Health Rep.* 2003; 118: 309-23.
44. Klevens J, Valderrama C, Restrepo O, Vargas P, Casasbuenas M, Avella MM. Teaching community oriented primary care in a traditional medical school: a two year progress report. *J Community Health.* 1992; 17: 231-45.

45. Brill JR, Ohly S, Stearns MA. Training community-responsive physicians. *Acad Med.* 2002; 77: 747.
46. Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med.* 2002; 77: 738-9.
47. Dobbie A, Kelly P, Sylvia E, Freeman J. Evaluating family medicine residency COPC programs: meeting the challenge. *Fam Med* 2006; 38: 399-407.
48. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach* 2006; 28: 3-18.
49. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14: 141-7.
50. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, Brailovsky C. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331: 1002.
51. Peleg R, Biderman A, Polacek Y, Tandeter H, Scvartzman P. The family medicine clerkship over the past 10 years at Ben Gurion University of the Negev. *Teach Learn Med.* 2005; 17: 258-61.

Otra bibliografía y artículos clave

- Westfall J, Stevenson J. A guided tour of community-based participatory research: an annotated bibliography. *Ann Fam Med* 2007; 5: 185-186.
- A review of recent publications on community-based participatory research is available on. <http://www.fmdrl.org/879> (accessed on July 7, 2009).
- van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. *Lancet* 2008; 372: 871-872.

Referencias: enfoque holístico

1. Engel, GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196: 129-136.
1. Engel, GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137:535-44.
2. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.
3. Byrne D. Complexity Theory and the Social Sciences: an introduction. Routledge, London 1998.
4. Griffiths, F. Complexity and primary healthcare research In: Sweeney K and Griffiths F. Complexity and Healthcare. An introduction. Radcliffe Medical Press, Oxford 2002: 149-66

5. Pink J, Jacobson L, Pritchard M. The 21st century GP: physician and priest? *Br J Gen Pract* 2007; 57: 840-2.
6. Bailey T. The evolution of family medicine. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1113-4.
7. van Weel C, Orbon K, van der Gulden J, Buijs P, Folgering H, Thoonen B, Schermer T. Occupational health and general practice: from opportunities lost to opportunities capitalised? *Med Lav* 2006; 97: 288-94.
8. Kamenski G, Fink W, Maier M, Pichler I, Zehetmayer S. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. *BMC Fam Pract* 2006; 7:55.
9. Checkland K, Harrison S, McDonald R, Grant S, Campbell S, Guthrie B. Biomedicine, holism and general medical practice: responses to the 2004 General Practitioner contract. *Sociol Health Illn* 2008; 30: 788-803.
10. Gadon M, Balch GI, Jacobs EA. Caring for patients with limited English proficiency: the perspectives of small group practitioners. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 341-6.
11. Sussman AL, Rivera M. 'Be gentle and be sincere about it': a story about community-based primary care research. *Ann Fam Med* 2008; 6: 463-5.
12. Meeuwesen L, Tromp F, Schouten BC, Harmsen JA. Cultural differences in managing information during medical interaction: how does the physician get a clue? *Patient Educ Couns* 2007; 67: 183-90.
13. Roberts C, Moss B, Wass V, Sarangi S, Jones R. Misunderstandings: a qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Med Educ* 2005; 39: 465-75.
14. Rosenberg E, Richard C, Lussier MT, Abdool SN. Intercultural communication competence in family medicine: lessons from the field. *Pat Educ Couns* 2006; 61: 236-45.
16. Green AR, Betancourt JR, Park ER, Greer JA, Donahue EJ, Weissman JS. Providing culturally competence care: residents in HRSA Title VII funded residency programs feel better prepared. *Acad Med* 2008; 83: 1071-9.
17. Marion GS, Hildebrandt CA, Davis SW, Marin AJ, Crandall SJ. Working effectively with interpreters: a model curriculum for physician assistant students. *Med Teach* 2008; 30: 612-7.
18. Harmsen H, Bernsen R, Meeuwesen L, Thomas S, Dorrenboom G, Pinto D, Bruijnzeels M. The effect of educational intervention on intercultural communication: results of a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 343-50.
19. Checkland K, Harrison S, Marshall M. Is the metaphor of 'barriers to change' useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice. *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 95-100.

Otra bibliografía y artículos clave

Salud integral: general

- Kemper, KJ. Holistic pediatrics = good medicine. *Pediatrics* 2000; 105: 214-8
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007; 39: 425-31.
- Checkland K. Changing the lens: widening the approach to primary care research. *J Health Serv Res Policy* 2003; 8: 248-50.

- Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med* 2003; 56: 1595-604.
- Bower P, Gask L, May C, Mead N. Domains of consultation research in primary care. *Patient Educ Couns* 2001; 45: 3-11.
- Tovey P, Adams J. Primary care as intersecting social worlds. *Soc Sci Med* 2001; 52: 695-706.
- Kleinman A. The cultural meanings and social uses of illness. A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *J Fam Pract* 1983; 16: 539-45.

Investigación en los servicios sanitarios: enfoque integral

- Griffiths T, Giarchi G, Carr A, Jones P, Horsham S. Life mapping: a 'Therapeutic Document' approach to needs assessment. *Qual Life Res* 2007; 16: 467-81.
- Klimenko E, Julliard K, Lu SH, Song H. Models of health: a survey of practitioners. *Complement Ther Clin Pract* 2006; 12: 258-67.
- Hofmann B. Respect for patients' dignity in primary health care: a critical appraisal. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20: 88-91.
- Chatziarsenis M, Lionis C, Faresjo T, Fioretos M, Trell E. Community-based medical systems advancement in a hospital-primary health care centre in Crete, Greece: concepts, methods, and the new role of the general practitioner. *J Med Syst* 1998; 22: 173-88.

Formación: enfoque integral

- Maudlin J, Keene J, Kobb R. A road map for the last journey: home telehealth for holistic end-of-life care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 399-403.
- Truant T, Bottorff JL. Decision making related to complementary therapies: a process of regaining control. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 131-42.
- Brown JB, Stewart M, McWilliam CL. Using the patient-centered method to achieve excellence in care for women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 121-9.
- Thornton L. The Model of Whole-Person Caring: creating and sustaining a healing environment. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 106-15.
- Donadio G. Improving healthcare delivery with the transformational whole person care model. *Holist Nurs Pract* 2005; 19: 74-7.
- Ellis S. The patient-centred care model: holistic/multiprofessional/reflective. *Br J Nurs* 1999; 8: 296-301.

Complejidad

- Cape J, Morris E, Burd M, Buszewicz M. Complexity of GPs' explanations about mental health problems: development, reliability, and validity of a measure. *Br J Gen Pract* 2008; 58: 403-8, 410.
- Haidet P, Kroll TL, Sharf BF. The complexity of patient participation: lessons learned from patients' illness narratives. *Patient Educ Couns* 2006; 62: 323-9.
- Jones IR, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G, Curtis S. Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Soc Sci Med* 2004; 59: 93-102.

- Khan N, Bower P, Rogers A. Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 206-11.
- Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *JAMA* 2000; 283: 1715-2.
- Rowlands G, Sims J, Kerry S. A lesson learnt: the importance of modeling in randomized controlled trials for complex interventions in primary care. *J Fam Pract* 2005; 22: 132-9.

Competencia cultural

- Eakin EG, Bull SS, Riley K, Reeves MM, Gutierrez S, McLaughlin P. Recruitment and retention of Latinos in a primary care-based physical activity and diet trial/ The Resources for Health study. *Health Educ Res* 2007; 22: 361-71.
- Saha S, Beach MC, Cooper LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc* 2008; 100: 1275-85.
- Schouten BC, Meeuwesen L, Tromp F, Harmsen HA. Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctor's communicative behaviour. *Patient Educ Coun* 2007; 67: 214-23.
- Thom DH, Tirado PD. Development and validation of a patient-reported measure of physician cultural competency. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 636-55.
- Tucker CM, Mirsu-Paun A, Van den Berg JJ, Ferdinand L, Jones JD, Curry RW, Rooks LG, Walter TJ, Beato C. Assessments for measuring patient-centered cultural sensitivity in community-based primary care clinics. *J Natl Med Assoc* 2007; 99: 609-19.
- Whitford DL, Chan WS. A randomized controlled trial of a lengthened and multidisciplinary consultation model in a socially deprived community: a study protocol. *BMC Fam Pract* 38.

Referencias: Cómo comenzar la investigación en medicina general en un país con baja capacidad o recursos limitados en este campo

1. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care *BMC Fam Pract* 2005, 6-44.

Otra bibliografía y artículos clave

- Dobbs F, Soler JK, Sandholzer H, Yaman H, Petrazzuoli F, Peremans L, Van Royen P. The development of research capacity in Europe through research workshops-- the EGPRN perspective. *Fam Pract*. 2009; 26: 331-4.
- Sarre G, Cooke J. Developing indicators for measuring Research Capacity Development in primary care organizations: a consensus approach using a nominal group technique. *Health Soc Care Community*. 2008 [Epub ahead of print].

- Cooke J, Nancarrow S, Dyas J, Williams M. An evaluation of the 'Designated Research Team' approach to building research capacity in primary care. BMC Fam Pract 2008; 9: 37.
- Ried K, Farmer EA, Weston KM. Bursaries, writing grants and fellowships: a strategy to develop research capacity in primary health care. BMC Fam Pract 2007; 8: 19.
- Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care. BMC Fam Pract 2005; 6: 44.
- Shaw S, Macfarlane F, Greaves C, Carter YH. Developing research management and governance capacity in primary care organizations: transferable learning from a qualitative evaluation of UK pilot sites. Fam Pract. 2004; 21: 92-8.
- Lansang MA, Dennis R. Building capacity in health research in the developing world. Bull World Health Organ 2004; 82: 764-70.
- Sparks BLW, Gupta SK. Research in family medicine in developing countries. Ann Fam Med 2004; 2: 55-59.
- Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. Occas Pap R Coll Gen Pract 2002; 81: 1-72.

Referencias: discusión y conclusiones

1. Wonca-Europe definition of Family Medicine. (2005). <http://www.woncaeurope.org/> (accessed on July 7, 2009).
2. Svab I. Changing Research Culture. Ann Fam Med 2004; 2: 30-34.
3. McWhinney IR. General practice as an academic discipline: Reflections after a visit to the United States. Lancet 1966; 1: 419-423.
4. Geyman JP. Toward a research base in family practice. J Fam Pract 1975; 2: 3.
5. Wood M, Stewart W, Brown TC. Research in family medicine. J Fam Pract 1977; 5: 62- 77.
6. Phillips TJ. Research considerations for the family physician. J Fam Pract 1978; 7: 121-128.
7. Shank JC. A taxonomy for research. Fam Med Teacher 1980; 12: 22-23.
8. Medalie JH, Kitson GC, Zyzanski SJ. A family epidemiological model: a practice and research concept for family medicine. J Fam Pract 1981; 12: 79-87.
9. Culpepper L. Family medicine research: major needs. Fam Med 1991; 23:10-14.
10. Herbert CP. Research in family medicine and general practice: are we there yet? Br J Gen Pract 2002; 52: 443-6.
11. van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. Ann Fam Med 2004; 2: 5-16.
12. Lionis C, Stoffers H, Hummers-Pradier E, Griffiths F, Rotar-Pavli D, Rethans JJ. Setting priorities and identifying barriers for general practice research in Europe. Results from an EGPRW meeting. Fam. Pract 2004; 21: 587-593.
13. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. Fam Pract 2003; 20: 318-23.
14. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why Research in Family Medicine? A Superfluous Question. Ann Fam Med 2004; 2: 17-22.

15. Lam CLK. The 21st Century: The Age of Family Medicine Research? *Ann Fam Med* 2004; 2: 50-54.
16. Lucan SC, Phillips RL Jr, Bazemore AW. Off the roadmap? Family medicine's grant funding and committee representation at NIH. *Ann Fam Med* 2008; 6:534-42.
17. Lucan SC, Barg FK, Bazemore AW, Phillips RL Jr. Family medicine, the NIH, and the medical-research roadmap: perspectives from inside the NIH. *Fam Med* 2009; 41: 188-96.
18. DeHaven MJ, Wilson GR, O'Connor P. Creating a research culture: what can we learn from residencies that are successful in research. *Fam Med* 1998; 30: 501-7.
19. Brocato JJ, Mavis B. The research productivity of faculty in family medicine department at US medical schools: a national study. *Acad Med* 2005; 80: 244-52.
20. Carter YH, Shaw S, Macfarlane F. Primary Care Research Team Assessment (PCRTA): development and evaluation. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 2002; (81): 1-72.
21. Kernick D. Evaluating primary care research networks-exposing a wider agenda. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 63.
22. Palmer A, Anya SE, Bloch P. The political undertones of building national health research systems-reflection from the Gambia. *Health Res Policy Syst* 2009; 7: 13.
23. Sparks BLW, Gupta SK. Research in Family Medicine in Developing Countries. *Ann Fam Med* 2004; 2: 55-59.
24. Rosenblatt RA. Quality of care in the rural context: a proposed research agenda. *J Rural Health* 2002; 18: 176-85.
25. Rosser WW, Van Weel C. Research in Family/General Practice is Essential for Improving Health Globally. *Ann Fam Med* 2004; 2: 2-4.
26. Green LA. The Research Domain of Family Medicine. *Ann Fam Med* 2004; 2: 23-29.
27. Del Mar C, Askew D. Building Family/General Practice Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004; 2: 35-40.
28. Hutchinson A, Becker LA. How the Philosophies, Styles, and Methods of Family Medicine Affect the Research Agenda. *Ann Fam Med* 2004; 2: 41-44.
29. Bentzen N. Family Medicine Research: Implications for Wonca. *Ann Fam Med* 2004; 2: 45-49.
30. Herbert CP. Future of Research in Family Medicine: Where To From Here? *Ann Fam Med* 2004; 2: 60-64.
31. Furler J, Cleland J, Del Mar C, Hanratty B, Kadam U, Lasserson D, McCowan C, Magin P, Mitchell C, Qureshi N, Rait G, Steel N, van Driel M, Ward A. Leaders, leadership and future primary care clinical research. *BMC Fam Pract* 2008; 9: 52.
32. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, Lydick E, Magid DJ, Rolnick SJ, Woolf SH. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. *Ann Fam Med* 2008; 6: 459-62.
33. Macfarlane F, Shaw S, Greenhalgh T, Carter YH. General practices as emergent research organizations: a qualitative study into organizational development. *Fam Pract* 2005; 22: 298-304.
34. Ovred I, van Royen P, Hakansson A. What is the future of primary care research? Probably fairly bright, if we may believe the historical development. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 248-53.
35. Smith R. Measuring the social impact of research. *BMJ* 2001; 323: 528.
36. Olde Hartman T, Hassink-Frank L, Dowrick C, Fortes S, Lam C, van der Horst H, Lucassen P, van Weel-Baumgarten E. Medically unexplained symptoms in family

medicine: defining a research agenda. Proceeding from WONCA 2007. Fam Pract 2008; 25: 266-71.

38. Little DR, Zapp JA, Mullins HC, Zuckerman AE, Teasdale S, Johnson KB. Moving toward a United States strategic plan in primary care informatics: a White Paper of Primary Care Informatics Working Group, American Informatics Association. Inform Prim Care 2003; 11: 89-94.

39. Klinkman MS, Okkes I. Mental health problems in primary care: a research agenda. Int J Psychiatry Med 1998; 28: 361-74.

40. Campos-Outcalt D, Senf J, Pungno PA, McGaha AL. Family medicine specialty selection: a proposed research agenda. Fam Med 2007; 39: 585-9.

Referencias: implicaciones

1. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database Syst Rev 2006; 3:CD004563.
2. Barber R, Boote JD, Cooper CL. Involving consumers successfully in NHS research: a national survey. Health Expect 2007;10: 380-91.
3. Boote J, Barber R, Cooper C. Principles and indicators of successful consumer involvement in NHS research: results of a Delphi study and subgroup analysis. Health Policy 2006; 75: 280-97.
4. Minogue V, Boness J, Brown A, Girdlestone J. The impact of service user involvement in research. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2005; 18: 103-12.
5. Oliver S, Clarke-Jones L, Rees R, Milne R, Buchanan P, Gabbay J, Gyte G, Oakley A, Stein K. Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. Health Technol Assess 2004; 8: 1-148.
6. Telford R, Boote JD, Cooper CL. What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study. Health Expect 2004; 7: 209-20.
7. Boote J, Telford R, Cooper C. Consumer involvement in health research: a review and research agenda. Health Policy 2002; 61: 213-36.
8. Cooke J. A framework to evaluate research capacity building in health care BMC Fam Pract 2005, 6-44
9. Van Weel C, Rosser W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. Ann Fam Med 2004; 2: 5-16.

Autores:

Profesora Eva Hummers-Pradier, MD, PhD

Presidente, Instituto de Medicina General, Facultad de Medicina de Hannover, Hannover, Alemania

Martin Beyer, sociólogo

Instituto de Medicina General, Universidad de Frankfurt, Frankfurt, Alemania

Profesor asociado Patrick Chevallier, MD

Departamento de Medicina General, Universidad de Saint-Quentin, Facultad Nacional de Versailles, Colegio de Docentes en Medicina General, Francia

Sophia Eilat-Tsanani, MD

Profesor (lecturer). Departamento de Medicina de Familia, Emek Medical Center, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Ben-Gurion de Negev

Director regional, Afula y los valles, Servicios Sanitarios de Clalit, Distrito Norte, Israel

Profesor asociado Christos Lionis, MD, PhD, Hon FRCGP

Presidente, Clínica de Medicina Social y de Familia y Presidente, Departamento de Medician Social, Universidad de Creta, Creta, Grecia

Profesos asociado Lieve Peremans, MD, PhD

Departamento de Medicina General, Universidad de Amberes, Amberes y Departamento de Salud Juvenil, Universidad Libre de Bruselas, Bruselas, Bélgica

Davorina Petek, MD, MSc

Departamento de Medicina de Familia, Facultad de Medicina, Universidad de Liubliana, Eslovenia

Profesor asociado Imre Rurik, MD, PhD, MSc

Presidente, Departamento de Medicina de Familia, Universidad de Debrecen, Hungría

Profesor Jean Karl Soler, MD, MSc, MMCFD

Director ejecutivo, Investigación, Instituto Mediterráneo de Atención Primaria, Attard, Malta

Profeor asociado Henri E.J.H. ("Jelle") Stoffers, MD, PhD

Departamento de Medicina General, Facultad de Salud Pública y Atención Primaria (CAPHRI), Centro Médico de la Universidad de Maastricht, Países Bajos

Profesor asociado Pinar Topsever, MD

Departamento de Medicina de Familia, Universidad Acibadem, Estambul, Turquía

Profesor asociado Mehmet Ungan, MD

Médico principal sustituto, Centro Médico de la Universidad Técnica del Centro Este, Ankara, Turquía

Profesor Paul van Royen, MD, PhD

Presidente, Departamento de Atención Primaria e Interdisciplinas [Universidad de Antwerp, Bélgica](#).

Dirigir la correspondencia a:

Prof. Eva Hummers-Pradier, Institute of General Practice, Hannover Medical School,
Carl-Neuberg-Str 1, 30625 Hannover, Alemania

Hummers-Pradier.Eva@mh-hannover.de

o

EGPRN Co-ordinating Centre, Hanny Prick, Department of General Practice,
University Maastricht, P.O. Box 616, NL 6200 MD Maastricht, Países Bajos
Interdisciplinaria, Universidad de Amberes, Bélgica.

Hanny.Prick@hag.unimaas.nl

