

Investigación desde la APS: La experiencia Küme Mongüen Pewenche

Ricardo Cartes-Velásquez^{1, 2}, Claudia Navarrete Briones³

RESUMEN:

La investigación en atención primaria de la salud (APS) persiste como una deuda de profundas implicancias sobre el modelo de salud familiar en gran parte del mundo, existen múltiples causas y varios países están desarrollando estrategias para enfrentarlo. Sin embargo, en Chile, es un tema poco considerado.

Objetivo: Exponer la experiencia del proyecto de investigación Küme Mongüen Pewenche realizado en la APS rural, indígena y de escasos recursos, determinando la prevalencia y asociación de enfermedades cardiovasculares en Alto BioBio.

Material y Métodos: Identifica oportunidades y limitaciones que permitan orientar la implementación de programas de fortalecimiento de la investigación en los centros de salud primarios urbanos y rurales, no para realizar investigación “en” APS, sino “desde” y “para” la APS.

Resultados: Alto compromiso de los profesionales de la salud.

Conclusiones: el compromiso y curiosidad de los profesionales de la salud, representan un insumo esencial para investigar en APS. (Horiz Med 2014; 14(3): 19-23)

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Investigación sobre Servicios de Salud, Chile, Salud Pública, Población Rural, Servicios de Salud del Indígena. (Fuente: DeCS BIREME)

Research from primary health-care level: The Küme Mongüen Pewenche Experience

ABSTRACT

Research in primary health-care (PHC) persists as a debt of profound implications on the family-health model across the world, there are multiple causes and many countries are developing strategies to address it. However, in Chile is an unconsidered matter.

Objective: to present the experience of the research project Küme Mongüen Pewenche conducted in rural, indigenous and poor PHC, which aim to determine the prevalence and associations of cardiovascular diseases in Alto BioBio.

Material and Methods: It also identifies opportunities and constraints in order to guide the implementation of programs to strengthen research in urban and rural primary health-care centers, not to do research “in” PHC, but “from” and “to” the PHC.

Results: Large commitment of health professionals.

Conclusions: The commitment and curiosity of health professionals represent an essential input for research in PHC. (Horiz Med 2014; 14(3): 19-23)

Key words: Primary Health Care, Health Services Research, Chile, Public Health, Rural Population, Health Services, Indigenous. (source: MeSH NLM)

¹ Cirujano Dentista, Doctor en Ciencias Médicas. Facultad de Odontología, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

² Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de la Frontera. Temuco, Chile.

³ Nutricionista, Licenciada en Nutrición. Programa de Magíster en Educación Superior, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Los Ángeles, Chile.

INTRODUCCIÓN

Con la Declaración de Alma Ata, en 1978, se propone un qué, representado por lograr que todas las personas disfruten de una salud (como concepto holista) más allá de la simple ausencia de enfermedad, un cuándo fijado el año 2000 y junto con ello se propone un cómo principal: la salud familiar y el modelo de atención primaria de salud, APS (1-3).

En Chile, este nuevo modelo de APS se ha materializado en la implementación de infraestructura como CESFAM (Centros de Salud Familiar), CECOF (Centros Comunitario de Salud Familiar) y Hospitales de Familia, entre otros; de estrategias crecientemente preventivas y promocionales, con un mayor foco en la comunidad y la familia, desarrollando programas de formación (desde diplomados a especialidades médicas) y con una integración inter-institucional que permita abordar las problemáticas de salud no solo desde lo médico. Integración que aún está en desarrollo y no exenta de críticas (3).

A lo largo de la historia de la medicina, la investigación científica ha jugado un rol protagónico como herramienta esencial para un desarrollo que redunde en mejoras de la atención de la población, desde la promoción hasta la rehabilitación.

Gracias a la investigación podemos contar con una serie de avances materializados en equipamiento diagnóstico y terapéutico, en un amplio arsenal farmacológico, en modelos que permiten la atención desde el nivel personal al comunitario y que hoy tienen como punta de lanza al paradigma de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para el desarrollo de la práctica clínica y la salud pública (4).

Sin embargo, existe aquí una incoherencia de profundas implicancias que ha venido siendo expuesta desde hace varios años (5, 6): la escasez de investigación que se realiza en APS: desde un nivel teórico, donde el modelo de salud familiar necesita de insumos (evidencia) para poder operar, hasta consideraciones prácticas, donde los centros de atención atienden a la mayor parte de los pacientes del sistema, sin contar con evidencia que permita entregar atenciones efectivas, eficientes

y pertinentes a las condiciones de cada contexto, especialmente en aquellos países multiculturales, como es el caso de Chile.

Estas condiciones, no solo afectan a nuestro país, representan un problema que cruza prácticamente todos los países (5-8) y que varios de ellos, han venido identificando su etiopatogenia en miras a desarrollar planes de tratamiento eficaces, como en Europa (9-11). No existe aún en Chile suficiente aproximación para la discusión de este problema.

El objetivo de este trabajo fue exponer la experiencia del proyecto de investigación Kúme Monguen Pewenche realizado en la APS rural, indígena y de escasos recursos, identificando oportunidades y limitaciones que permitan orientar la implementación de programas de fortalecimiento de la investigación en los centros de salud primarios urbanos y rurales, no para realizar investigación en APS, si no desde y para la APS.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto Kúme Mogüen Pehuenche (Buena Salud Pehuenche), tuvo como objetivo cuantificar las patologías cardiovasculares de mayor importancia en las comunidades Pehuenches de Alto Biobio, comuna ubicada en el sector cordillerano de la provincia de Biobio, distante a 600 kilómetros de la capital nacional (Santiago de Chile), con una población variable según temporada que se estima en once mil personas, mayoritariamente de etnia Pehuenche, y que de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) corresponde a la comuna más pobre de Chile (12).

Las patologías del proyecto, fueron: Diabetes Mellitus tipo 2 (13), Hipertensión Arterial (14), Dislipidemias (15), así como la interrelación de estas con sobrepeso-obesidad y variables sociodemográficas y étnicas.

Se desarrolló un proyecto de investigación enfocado como un estudio de prevalencia bajo la metodología descrita en publicaciones previas (13-15).

RESULTADOS

Durante la implementación del proyecto se encontraron algunas facilidades para la realización del proyecto, tales como:

- **Experiencia:** Previamente se habían realizado investigaciones en la comunidad con la generación de publicaciones, acerca de nutrición en preescolares (16) y odontología, en conjunto con internos de la Universidad de Concepción (20-22).
- **Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA):** Dado el objetivo del estudio, se aprovechó la instancia de los EMPA como base para implementar el proyecto, de tal manera que se cubría gran parte de los costos asociados al proyecto. Esto generó sinergias, pues la necesidad de contar con un tamaño de muestra mínimo facilitó el cumplimiento de la meta anual asociada a EMPA.
- **Formación:** Debido a la formación de postgrado en curso por parte de los funcionarios investigadores, se facilitó la realización del proyecto con criterios metodológicos mínimos que asegurarán la validez de los resultados y su posterior publicación en revistas biomédicas de corriente principal.
- **Patrocinio institucional:** Se logró el apoyo y autorización de las autoridades comunales y provinciales para realizar el proyecto.
- **Disposición del equipo:** A pesar de enmarcar el proyecto en los EMPA, fue necesario contar con apoyo de funcionarios para realizar exámenes en horarios extra.

Hubo diversas dificultades, descritas en la literatura cuando se intenta desarrollar investigación desde la APS (5-8):

- **Económicas:** Algunas de las pruebas de laboratorio a realizar requerían insumos que no eran de uso normal. La carga de 400 exámenes, excedió la disponibilidad para las pruebas que realizaba normalmente el laboratorio.

Para solucionar este problema se gestionó financiamiento a nivel de Servicio de Salud para la compra de insumos.

- **Bioéticas:** a pesar de no ser un estudio experimental y que todos los pacientes accedieron a firmar el consentimiento informado, se intentó conseguir dicha autorización. Las gestiones fueron infructuosas y finalmente se desistió de ellas.
- **Logísticas:** Si bien se aprovechó los EMPA como base, la estimación muestral exigía tener más pacientes que los programados para el 2011, lo que implicó la realización de rondas y visitas domiciliarias extras que demandaron la disponibilidad de vehículos y paramédicos fuera de las funciones normales.
- **Formación:** Algunos procedimientos fueron apoyados por paramédicos, que repetían su rutina de atención, la que no siempre se ajustaba al protocolo del proyecto, lo que demandó algunas repeticiones de exámenes.

DISCUSIÓN

La investigación en atención primaria contribuye a generar una estrategia real de participación en la medida que recoge las opiniones, sugerencias y percepciones de la comunidad en relación a la forma de abordar los problemas de salud y las pone a disposición de los equipos de salud para diseñar acciones con mayor pertinencia (23).

Si bien la actividad asistencial es la función fundamental del sistema sanitario, existen otras actividades como la docente y la investigadora que no siendo fines en sí mismas, son herramientas imprescindibles para la mejora y el avance.

A través de la investigación se puede contribuir a la innovación y al progreso en el sistema sanitario para una atención eficiente cada vez de mayor calidad. Al mismo tiempo, cumple con su principal objetivo: la generación de conocimiento.

La investigación conlleva importantes beneficios para los profesionales (mejora en la formación,

aumento del espíritu crítico, consolidación de la actividad profesional, aumento de la satisfacción y la motivación y evita el anquilosamiento), para los sistemas sanitarios (mejora en la efectividad y eficiencia), para los pacientes (disminución de variabilidad en la práctica clínica, que contribuye a la mejora de la calidad que reciben y del principio de la equidad en la atención sanitaria) y, en definitiva, para la sociedad (24).

En APS, se mantiene contacto con las personas a lo largo de su vida y se detectan las enfermedades más prevalentes y en estadios más precoces, lo que favorece el conocimiento de su historia natural. Asimismo, al ser posible el acceso a la población, se puede estudiar los agentes causales o las prácticas de riesgo de algunas de las enfermedades, además de la influencia de los factores psicosociales y familiares en el estado de salud (6, 25).

Al trabajar con poblaciones accesibles y bien definidas, marca una diferencia al atender a personas con distintos estados del proceso salud-enfermedad. Mientras que en otros niveles asistenciales (secundario y terciario) sólo pueden investigarse casos de morbilidad y mortalidad, la APS es el único nivel donde se puede investigar realmente la salud.

Hay investigadores en APS, que realizan investigación de calidad y van ocupando un lugar en ámbitos nacionales e internacionales por el desarrollo de líneas de investigación y producción científica, pero aún una gran parte de los investigadores canalizan su inquietud participando en proyectos generados y dirigidos desde otros ámbitos o disciplinas, que dan respuesta a preguntas diferentes a las que se plantean los profesionales de la APS en su trabajo cotidiano. Los grupos de investigación aún son escasos para el potencial disponible, y la financiación obtenida permanece a niveles inexplicablemente bajos. Aunque se ha dado un gran paso hacia adelante, es importante tomar conciencia que la investigación en APS sigue ocupando un papel poco relevante y poco competitivo, por lo que aún se necesita trabajar mucho (7, 11).

La importancia de investigar en APS es hacerlo desde las ciencias de la salud y las ciencias sociales, es investigar de forma integrada con el

sistema sanitario intentando responder preguntas realmente relevantes. El conocimiento precisa la participación y colaboración de todos. No se puede avanzar en el conocimiento sin la cooperación y coordinación multicéntrica entre diferentes niveles y disciplinas (10).

Es más, podemos decir que la investigación desarrollada en APS es fundamental respecto a otras disciplinas, para un conocimiento global de los problemas de salud de los individuos y la población, para la mejora de la calidad asistencial (26), y en definitiva, para contribuir a la mejora de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

En Chile, no existe una tradición investigadora en APS, informalmente los profesionales refieren múltiples dificultades para el desarrollo de la investigación: la presión asistencial, la escasez de tiempo, las deficiencias estructurales, la ausencia de líneas de investigación, la falta de incentivación y preparación, la ausencia de motivación a investigar, la falta de recursos para financiar las investigaciones y de personal de apoyo para recoger los datos, críticas similares a las descritas en la literatura (7, 8, 27).

Considerando el proceso salud-enfermedad y la implementación del modelo de salud familiar, la investigación en APS debe ser una parte integral del modelo, que permita generar y cuestionar las formas de atención en miras de un mejoramiento continuo.

En tal sentido, si bien se pueden concretar variadas estrategias para promover la investigación en APS, tales como: la implementación de estímulos, el apoyo metodológico de universidades y/o centros de investigación, la colaboración de estudiantes, la oferta de fondos concursables de investigación, etc., a pesar de todo ello, en último término la concreción de la investigación dependerá de la disposición de los profesionales sanitarios respectivos, son ellos quienes una vez motivados pueden buscar, seleccionar y utilizar las herramientas necesarias.

Fuentes de financiamiento

El estudio ha sido autofinanciado por los autores.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en el trabajo realizado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenhalgh T. Thirty years on from Alma-Ata: Where have we come from? Where are we going? *Br J Gen Practice* 2008; 58: 798-804.
2. Gottlieb L. Learning from Alma Ata: The Medical Home and Comprehensive Primary Health Care. *J Am Board Fam Med* 2009; 22: 242-6.
3. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012 Dic;12(11):e5571
4. Manterola C. Medicina basada en la evidencia o medicina basada en pruebas I: generalidades acerca de su aplicación en la práctica clínica cotidiana. *Rev Méd Clín Condes* 2009; 20(1): 125-30.
5. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria?. *Aten Primaria* 2003; 31(5): 281-4.
6. Jiménez J. Investigación y atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 23(Supl 1):66-70.
7. Alonso F. Investigación en atención primaria. Barcelona: SANED; 2008.
8. Voorhees JR, Xierali IM, Bazemore AW, Phillips RL Jr, Jaén CR, Puffer JC. A small percentage of family physicians report time devoted to research. *J Am Board Fam Med* 2013 Jan-Feb; 26(1):7-8.
9. Hummers-Pradier E, Beyer A, Chevalie P, Elat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L. Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN. Maastricht: EGPRN; 2009.
10. Nuttall J, Hood K, Verheij TJ, Little P, Brugman C, Veen RE, Goossens H, Butler CC. Building an international network for a primary care research program: reflections on challenges and solutions in the set-up and delivery of a prospective observational study of acute cough in 13 European countries. *BMC Fam Pract* 2011; 12:78.
11. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011; 342:d1028.
12. MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2009. Modulo Pobreza. MIDEPLAN, 2010.
13. Navarrete C, Cartes-Velásquez R. Prevalencia de diabetes tipo 2 y obesidad en comunidades pehuenches, Alto Biobio. *Rev Chil Nutr* 2012; 39(3): 7-10
14. Navarrete C, Cartes-Velásquez R. Prevalencia de la hipertensión arterial en comunidades pehuenches, Alto Biobio. *Rev Chil Cardiol* 2012; 31(2): 102-107.
15. Navarrete C, Cartes-Velásquez R, Carrasco C. Dislipidemias en comunidades pehuenches de Alto Biobio chileno. *MEDISAN* 2013; 17(1): 68-77.
16. Navarrete C, Cartes-Velásquez R. Estado de salud nutricional en preescolares de la comuna de Alto Biobio y su relación con características etnodemográficas. *Rev Chil Nutr* 2011; 30(1); 52-8.
17. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Examen de Medicina. Santiago, 2008. Ministerio de Salud de Chile.
18. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009. Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Informe Técnico. 2009
19. Icaza G, Nuñez L, Marrugat J, Mujica V, Escobar M, Jiménez A, Pérez P, Palomo I. Estimación de riesgo de enfermedad coronaria mediante la función de Framingham adaptada para la población chilena. *Rev Med Chile* 2009; 137(10): 1273-1282.
20. Cartes-Velásquez R, Mardones S, Paredes C. Conocimientos y estado de salud bucal en madres beneficiarias del Sistema Chile Crece Contigo. *Rev Chil Salud Pública* 2009; 13(3): 136-42.
21. Cartes-Velásquez R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. *Int J Odontostomat* 2010; 4(1): 65-70.
22. Cartes-Velásquez R, Araya N, Avilés A. Parafunciones y estado de salud bucal en preescolares de comunidades pehuenches, Chile. *Rev Cubana Estomatol* 2012; 49(4): 295-304.
23. Pagliai L, Bordoni N. Propuesta de indicadores de impacto social de la investigación en Salud Pública para autoevaluación de los sistemas de investigación de países en desarrollo. *Rev Maestría Salud Pública* 2011; 9(17).
24. Fernández I. Investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(2):57-60.
25. Fernández MJ, De la Fuente JA, Mercader J, Borrell C, Martín C, Birulés M. Factores relacionados con la actividad investigadora de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 19:283-9.
26. Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, Van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet*. 2004; 364: 1004-6.
27. Cevallos C, et al. Investigación en atención primaria: actitud y dificultades percibidas por nuestros médicos. *Aten Primaria* 2004; 34(10):520-7.

Correspondencia:

Ricardo Cartes-Velásquez
Dirección: Los Olivos 37, Penco. Chile
Teléfono: + 56-09-77575655
Correo electrónico: ricardo@cartesvelasquez.com

Recibido: 13 de Mayo de 2014
Aprobado: 12 de Agosto de 2014