

# La red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud: un reto para la atención primaria

La red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud (redIAPP), se formó en el año 2003 a partir de la convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RTICS) que realizó el Instituto de Salud Carlos III (ISCiii). Estaba formada por 15 nodos o grupos de investigadores de 12 comunidades autónomas y 7 áreas de investigación, con un funcionamiento matricial, en el que los nodos eran los responsables de dinamizar la investigación en el territorio (comunidades autónomas, gerencias de atención primaria) y las áreas dinamizaban el desarrollo de determinadas líneas de investigación de la red<sup>1</sup>.

El gran reto de esta convocatoria era ver si desde la atención primaria (AP) éramos capaces de desarrollar una infraestructura de investigación cooperativa, que aunara grupos de investigación con intereses comunes y aportara nuevo conocimiento a la AP a partir del desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos, y de alta calidad. Un reto nada fácil de superar en un marco tan competitivo y partiendo de una situación de gran precariedad, mucho más desfavorable que la de la mayoría de las instituciones competidoras. Sin embargo, 3 años más tarde, la valoración realizada fue muy positiva<sup>2</sup>. En la tabla 1 se puede observar algunos de los resultados conseguidos. Además, la evaluación internacional realizada por el ISCiii fue de «buena», recomendando su continuidad. Por tanto, se había conseguido iniciar una plataforma estable que permitía coordinar los grupos con intereses comunes y que obtenía buenos resultados. Y a pesar de las dificultades y la heterogeneidad de los nodos, según sus trayectorias previas y el soporte institucional, se había marcado un hito en la historia de la investigación en AP.

Posteriormente, en 2006, después de un año puente lleno de incertidumbres, salió la nueva convocatoria de redes dentro del marco del programa Ingenio 2010 (SCO/806/2006 de 13 de marzo). En ella se diferenciaban los centros de investigación biomédica en red (CIBER) y las redes. Los CIBER eran propuestos a iniciativa del ISCiii y creaban consorcios con personalidad jurídica propia y una importante financiación (37 millones de euros para 7 consorcios), y las redes eran propuestas abiertas, con estructu-

**TABLA 1**  
**Resultados de la redIAPP 2003-2006**

Resultados	Descripción
Investigadores	Se pasa de 170 investigadores iniciales a más de 500 investigadores Se ha contratado a un total de 32 becarios o investigadores
Proyectos	17 proyectos de red: 14 nacionales y 3 europeos Más de 30 proyectos locales desarrollados por los nodos
Publicaciones	57 artículos de la red con un factor de impacto de 26,25 Publicación de un libro sobre «Estudios multicéntricos en AP» <sup>10</sup>
Tesis doctorales	10 tesis desarrolladas
Movilidad de investigadores	12 estancias formativas: 9 nacionales y 3 internacionales
Participación en congresos	80 participaciones en congresos nacionales e internacionales
Formación	Más de 50 cursos sobre distintos aspectos metodológicos y organización de talleres en los congresos de la semFYC
Guías de práctica clínica	Se ha colaborado en el desarrollo de 6 guías

ras más flexibles, aunque con una menor financiación (30 millones para todas) y un futuro a medio plazo más incierto.

Nuevamente, la redIAPP empezó a trabajar en la nueva propuesta de red en la que habían cambiado bastante las reglas de juego. Los criterios para la formación de grupos eran más restrictivos y exigentes: debían tener una sólida trayectoria de trabajo en común basada en proyectos, publicaciones y patentes, con lo que se rompía la dinámica de trabajo que los nodos habían ido desarrollando en cada comunidad autónoma para incorporar nuevos investigadores y generar una masa crítica más amplia. Por otra parte, los grupos debían ser uniprovinciales, cuando en la anterior red se había estado fomentando el trabajo cooperativo a nivel de comunidad autónoma y estatal. También aparecían nuevos conceptos como el de grupo clínico asistencial (grupo de investigadores clínicos que colaboran reclutando a pacientes o muestras), la disponibilidad de cohortes o biobancos y la disponibilidad de plataformas comunes de apoyo.

Fuente de financiación del trabajo: redIAPP, financiada por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII-RTICS RD06/0018).

**TABLA 2**  
**Grupos actuales de la redIAPP**

Grupos de investigación (GI)	Responsable	Comunidad autónoma
GI en Salud Mental SAMSERAP, Málaga	Juan Ángel Bellón	Andalucía
GI en Salud Mental de Aragón	Javier García Campayo	Aragón
GI Cardiovascular de Baleares	Fernando Rigo	Baleares
GI en Servicios de Baleares	Joan Llobera	Baleares
GI Cardiovascular de CyL	Luis García Ortiz	Castilla y León
GI Cardiovascular PREVAF, Cuenca	Vicente Martínez	Castilla-La Mancha
GI en Salud Mental, St. Joan de Déu, Barcelona	Antoni Serrano	Catalunya
GI en Tuberculosis de Barcelona	Neus Altet	Catalunya
GI en Servicios de Barcelona	Bonaventura Bolívar	Catalunya
GI Estilos de Vida de Bilbao	Gonzalo Grandes	País Vasco
GI en Epidemiología de Galicia	Francisco Gude	Galicia

Sin embargo, en esta ocasión los resultados no fueron los esperados. Tras la inicial satisfacción de haber sobrevivido (sólo se aceptaron 16 sobre las 46 redes solicitadas), se vislumbraba una difícil situación: sólo 11 grupos aprobados de los 28 presentados (tabla 2), y aunque fueron los que mejor cumplían los criterios, quedaba una gran heterogeneidad de líneas de investigación, rompiéndose las áreas previamente estructuradas y la dinámica de promoción territorial anterior; quedaron proyectos de la redIAPP en los que su investigador principal ya no figuraba en la red, ya que su grupo no había sido aceptado, o grupos clínicos asociados aprobados (se aprobaron todos...) sin proyecto en la red o sin el grupo que lideraba el proyecto, y cohortes y plataformas que no se podían constituir por falta de grupos o financiación. La valoración realizada por los evaluadores fue dura, y puso de manifiesto algunas de las debilidades de la AP, pero a su vez injusta en la comprensión de su historia y su realidad.

Rápidamente la redIAPP se reorganizó adaptándose a la nueva situación; se estructuró en 3 grandes áreas de investigación (estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular, prevención en salud mental e investigación en servicios) y preparó nuevos proyectos de red. Por otra parte, en abril de 2007 salió una convocatoria de ampliación de grupos de las redes en la que se presentaron 11 nuevos grupos con la esperanza de ser aprobados y que esto permitiera un mayor dinamismo de la red, junto con una mayor estabilidad y consolidación de sus líneas de investigación.

De todas formas, aún sin conocer los resultados finales de esta ampliación, es importante hacer una serie de reflexiones:

1. La AP debe asumir las exigentes reglas de juego de la investigación y actuar de acuerdo con ellas: proyectos competitivos, publicaciones internacionales, factor de impacto. Entre las críticas de los evaluadores destacaba la falta de difusión de los resultados en revistas indexadas en el

Science Citation Index, a poder ser con alto factor de impacto, a pesar de que muchas revistas de atención primaria no lo tengan o éste sea bajo. El tiempo entre la realización del proyecto y la publicación de sus resultados es muy largo y a menudo no se realiza ninguna publicación. Es necesario dedicar más tiempo a escribir artículos y asegurar la producción científica antes de volver a pedir más proyectos. Para ello se debe impulsar múltiples estrategias, desde estrategias editoriales

para conseguir un mayor factor impacto de las revistas de atención primaria hasta potenciar la cultura de difusión de originales en revistas (más que en congresos), ayudas a la traducción al inglés o formación para facilitar la escritura de la publicación. Sólo así ganaremos la confianza en nosotros mismos y de aquellos que nos evalúan.

Sin embargo, las agencias financiadoras de la investigación en España deben entender que la escasa productividad científica de la AP se debe fundamentalmente al déficit de inversión en investigación. Esta escasa producción científica nunca mejorará si precisamente por eso se le niega la financiación de nuevos proyectos. Y por ello, durante un cierto período, sería necesario evaluar la solvencia de los investigadores de AP teniendo en cuenta también indicadores del proceso investigador que han sido capaces de impulsar.

2. En la anterior etapa de las redes la AP participó en varias (PREDIMED, Red IRYSS, ERICE, RIMARED, Medicina basada en la evidencia, RCESP), pero en la actual, debido a los criterios tan exigentes, su participación se ha reducido prácticamente a la redIAPP, con una escasa contribución en las otras y casi nula en los CIBER. Así, la investigación traslacional, uno de los objetivos primordiales de las RTICS y CIBER, se hace sin apenas contar con la AP.

3. Por otra parte, los criterios de selección de los grupos basados en la producción científica y en la uniprovincialidad de sus investigadores han perjudicado la formación de los grupos y la coherencia estratégica de la redIAPP. Además, la financiación obtenida también ha disminuido. En la AP hay buenos grupos investigadores, pero éstos son escasos; con poca trayectoria en común, ya que tenemos una corta historia en investigación; flexibles en su composición, que se adaptan a los avatares de su organización (gran presión asistencial, oposiciones, traslados, cambios organizativos, etc.); amplios en el territorio ya que los centros están dispersos, con pocos profesionales y pocos de ellos dis-

puestos a investigar en las condiciones actuales, con lo cual a menudo buscan alianzas en el ámbito autonómico e incluso estatal para realizar estudios multicéntricos. En este contexto, cabe preguntarse si el modelo impulsado actualmente por el ISCiii realmente promueve la investigación en AP. Se intenta adaptar la AP a modelos organizativos y convocatorias pensados para hospitales universitarios o institutos de investigación básica (CIBER, redes, acreditación de institutos de investigación sanitaria de excelencia), sin tener en cuenta su realidad y sus necesidades.

4. Es necesario vertebrar la organización de la investigación en AP. Muchos de los grupos aprobados se basan en el voluntarismo de sus investigadores, con muy poco soporte por parte de las instituciones sanitarias en las que trabajan. ¿Qué estabilidad y rendimiento pueden conseguir en estas condiciones? Es imprescindible crear infraestructuras estables de investigación en AP, al igual que hace años se crearon fundaciones de investigación en el ámbito hospitalario que ahora se consolidan en institutos de investigación. Infraestructuras con capacidad de gestión propia, pero íntimamente relacionadas con los profesionales, que impulsen la investigación promoviendo la capacitación de los investigadores, coordinándolos y ayudándolos a formar grupos estables, en definitiva, creando unas condiciones adecuadas (reconocimiento, recursos, soporte técnico y metodológico, políticas de personal que permitan combinar asistencia e investigación) para el desarrollo de líneas estratégicas de investigación. Estas infraestructuras dependen fundamentalmente de las políticas de las gerencias de AP y de las comunidades autónomas. Hay ya algunas experiencias interesantes en este sentido, pero son escasas<sup>3,4</sup>. Y sin estas infraestructuras de base las RTICS no podrán funcionar adecuadamente en AP, será imposible competir en igualdad de condiciones con otros grupos e instituciones y, por tanto, la investigación en AP quedará anquilosada en una permanente situación de precariedad. En este contexto, investigar en AP es más bien una heroicidad.

Por tanto, la experiencia de la redIAPP pone en evidencia la difícil situación de la investigación en AP y la falta de engranaje de las escasas políticas de investigación existentes para la AP. No obstante, a pesar de estas dificultades e incoherencias, la redIAPP sigue apostando por la investi-

gación en AP, como una área de conocimiento propio<sup>5-7</sup> en la que la prevención y la promoción de la salud tienen un papel nuclear, y con unas fortalezas y características únicas<sup>8-10</sup> para su desarrollo.

**Bonaventura Bolívar Ribas<sup>a</sup>, Gonzalo Grandes Odriozola<sup>b</sup>, Joan Llobera Canaves<sup>c</sup> y Juan Ángel Bellón Saameño<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Coordinador de la redIAPP. Director científico del IDIAP Jordi Gol. Barcelona. España. <sup>b</sup>Miembro de la Junta de Gobierno de la redIAPP. Responsable de la Unidad Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Bilbao. Bizkaia. España. <sup>c</sup>Miembro de la Junta de Gobierno de la redIAPP. Director General de Evaluación del IBSALUT. <sup>d</sup>Miembro de la Junta de Gobierno de la redIAPP. Profesor del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Málaga. Málaga. España.

## Bibliografía

1. Fernández I, Bolívar B, Grandes G, Llobera J, Fernández C, Martín A. Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. *Aten Primaria*. 2003;32:505-8.
2. Martín Zurro A, Bolívar Ribas B. Un hito histórico en la investigación en Atención Primaria. *REDES de Investigación en Medicamentos*. 2007;7:24-7.
3. Balagué M, Valderas JM, Bolívar B y Sección de Investigación de CAMFiC. Oportunidades y aspectos organizativos de la investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:711-4.
4. Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violan C, editores. *Fundació Jordi Gol i Gurina 1996-2006: 10 anys impulsant la recerca a l'Atenció Primària*. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.
5. Bonal-Pitz P, Gil-Guillén V, Martín-Zurro A, Pinto-Hespanhol A. La medicina de familia como área de conocimiento. *Aten Primaria*. 1999;23:152-74.
6. Starfield B. Necesidades de investigación en atención primaria. En: *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona: Masson; 2001. p. 425-47.
7. De Maeseneer JM, Van Driel ML, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003;362:1314-9.
8. Pons JMV, Navarro MD, Albert X, Ausejo M, Bolívar B, Díaz CA, et al. *La investigación en Atención Primaria*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mediques. CatSalut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Diciembre, 2004.
9. Bolívar B, Violan C, Fernández I. Perspectivas de futuro de la investigación en atención primaria. En: Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violan C, editores. *Estudios multicéntricos en Atención Primaria de Salud*. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.
10. Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violan C, editores. *Estudios multicéntricos en Atención Primaria de Salud*. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.