

Investigación cooperativa y medicina de familia

Los inicios

La investigación en atención primaria (AP) ha tenido sus inicios con la reforma de la AP, ya que con anterioridad estaba circunscrita fundamentalmente al ámbito universitario u hospitalario. En este período de finales de los años setenta y la década de 1980, varios elementos han sido cruciales para el desarrollo de la investigación¹: la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria; el establecimiento y desarrollo de potentes sociedades profesionales como semFYC, SEMG y SEMERGEN, y la publicación de una serie de revistas científicas específicas del ámbito, entre las que destaca ATENCIÓN PRIMARIA desde sus inicios en 1984. Todo ello ha contribuido a definir las características de la medicina de familia, su organización y el contenido de la especialidad, configurando un área de conocimiento propio de la AP y la medicina de familia². Durante estas décadas, las iniciativas de investigación han sido frecuentes, con abundantes aportaciones a congresos y publicaciones en revistas de atención primaria y medicina de familia, y algunos proyectos financiados en convocatorias competitivas³. No obstante, la organización de la investigación se ha basado fundamentalmente en el voluntarismo de determinados profesionales o grupos (como los de las sociedades científicas, el equipo CESCA y otros), más que en una verdadera planificación y estructuración. Las unidades docentes, comprometidas con la formación específica en investigación de los futuros médicos de familia, también han sido una fuente importante de proyectos y producción científica. Asimismo, la experiencia de la REUNI (Red de Unidades de Investigación), promovida a principios de los años noventa por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), permitió catalizar algunas de las incipientes organizaciones de la investigación en AP, como las unidades de investigación iniciadas en Mallorca, Vizcaya o Cataluña.

Pero la principal característica de esta primera etapa de iniciación de la investigación en AP ha sido la definición del contenido de la especialidad y la consolidación de un

área de conocimiento propio de la AP y la medicina de familia, con una organización de la investigación con muchas iniciativas pero en general precaria, descoordinada y basada en el voluntarismo de determinados profesionales y grupos, con una baja implicación de la administración y una escasa o nula financiación.

Una nueva etapa basada en la cooperación

La convocatoria de redes temáticas de investigación cooperativa (RTIC) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en el año 2002 supone el inicio de un cambio importante en la organización de la investigación en AP. La convocatoria 2002 permite iniciar una red de investigación propia de la AP, la redIAPP (Red de Investigación en Actividades Preventivas en AP), con 15 grupos de 12 comunidades autónomas y una financiación de casi un millón de euros anuales⁴. Además, también supone la participación en otras redes acreditadas en dicha convocatoria, como la red PREDIMED, ERICE y HERACLES del área cardiovascular, la red IRYSS de investigación en servicios, o la RimaRED de cuidados al anciano. En el año 2006, el ISCIII realiza la nueva convocatoria de RTIC introduciendo unos criterios de excelencia muy exigentes para la AP, basados en grupos muy consolidados en una línea de investigación y con una elevada producción y factor de impacto. La redIAPP consigue sobrevivir, pero con una drástica disminución de los grupos que la componían y del presupuesto solicitado, y la participación en otras redes también disminuye. Asimismo, en la convocatoria CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) del ISCIII en 2006, la AP apenas puede participar y sólo consigue introducir algunos investigadores de forma testimonial. Como complemento a estas convocatorias estatales están las convocatorias europeas (Programas Marco, Programa de Salud Pública, Programa Leonardo da Vinci, becas Marie Curie, etc.) a las que la AP tiene un escaso acceso.

Este nuevo escenario altamente competitivo muestra las debilidades de la organización de la investigación en AP, así como las necesidades y los retos que debe afrontar con urgencia en esta nueva etapa. La cooperación entre grupos es una de estas necesidades, pero requiere una fuerte organización y financiación de base. Los grupos de investiga-

ción existentes deben contar con el soporte de organizaciones especializadas para poder participar en este nuevo entorno cada vez más complejo y competitivo. Es necesario crear instituciones propias con una gestión ágil e independiente de la asistencia, para poder gestionar de manera más específica las actividades de investigación, sin que estén supeditadas a los presupuestos y las urgencias asistenciales. A su vez, estas instituciones deben contar con la participación de las entidades asistenciales e integrar a sus profesionales, para que las ideas y preguntas de investigación surjan de las necesidades reales de la AP y se apliquen para la mejora de la salud de las personas y de la calidad de los servicios.

En el nuevo modelo de estado que se va configurando, tanto la administración central como las autonómicas tienen un papel fundamental para la financiación y el soporte de estas instituciones de investigación. Es fundamental, por tanto, que se aparquen las declaraciones hipócritas sobre la importancia de la investigación en AP cuando no se dispone de recursos ni se invierte suficiente dinero en su promoción y desarrollo. Por otra parte, es urgente que se aplique una discriminación positiva hacia la investigación en AP que le permita competir en igualdad de condiciones, en el contexto tan poco favorecedor existente.

Partiendo de estas premisas, debe exigirse que los grupos de investigación cooperen en el diseño y el desarrollo de estudios multicéntricos y líneas de investigación comunes, y para ello, una organización de redes temáticas, como la impulsada por el ISCIII, sería un buen estímulo⁵.

La investigación cooperativa con el resto de grupos y organizaciones de investigación de otros ámbitos asistenciales también es fundamental, pues la salud y las enfermedades no son exclusivas de ningún ámbito asistencial u organización. Debería fomentarse la participación de la AP en las estructuras de los institutos de investigación biomédica hospitalarios o autonómicos, así como la realización de convenios y alianzas que permitan que la investigación no tenga barreras entre ámbitos asistenciales, sino que integre todas las necesidades para responder de manera adecuada a la pregunta o hipótesis, desde la investigación básica, clínica, epidemiológica o de servicios. Esta investigación cooperativa debería promover relaciones basadas en el conocimiento mutuo, el respeto y la simbiosis, y evitar las relaciones saprofitas o de superioridad. Desde las instituciones financiadoras también se debería potenciar la participación de la AP en las grandes plataformas de investigación: ¿por qué no se exige la participación de la AP en muchos de los CIBER disponibles en la actualidad? ¿Es posible y deseable una investigación traslacional sin la participación de un eslabón tan importante como la AP?

Modelos organizativos

A partir de las distintas experiencias y organizaciones de la AP se dibujan dos modelos organizativos que serían extra-

polables a otras realidades y que podrían ayudar a afrontar las necesidades expuestas anteriormente.

Un primer modelo plantea la creación de un instituto propio de investigación en AP que coordine y dé soporte a todos los grupos investigadores de AP de una comunidad autónoma, y se relacione con las otras instituciones investigadoras autonómicas y estatales para el desarrollo de proyectos y políticas conjuntas. Sirva de ejemplo de este modelo la experiencia del Instituto de Investigación en Atención Primaria (IdIAP) Jordi Gol en Cataluña⁶. El IDIAP Jordi Gol cuenta con un patronato en el que participan distintas instituciones: el Departamento de Salud, el Institut Català de la Salut y otras entidades de provisión de AP, las sociedades científicas de AP y la Universidad Autónoma de Barcelona. Su financiación se basa en la aportación económica del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y el Institut Català de la Salut, y en los recursos propios obtenidos a través de convocatorias y proyectos, tanto nacionales como europeos. Trabaja con una estructura de soporte basada en una unidad de investigación central y 8 unidades de soporte territorial, y mantiene múltiples convenios y alianzas con institutos de investigación hospitalarios y otras organizaciones de investigación y universidades catalanas, y también con la CAM-FIC.

El otro modelo se dibujaría alrededor de la creación de los institutos de investigación biomédica de las comunidades autónomas, donde los grupos y unidades de investigación en AP se incorporan e integran en el Instituto junto a los otros grupos de investigación básica, clínica, epidemiológica o de servicios. En este modelo es muy importante mantener la especificidad de la investigación en AP y partir de una actitud proactiva de promoción, incentivación y soporte de la investigación en AP, y no sólo como meros administradores. En caso contrario, este modelo podría derivarse en perjudicial, ya que la gran competitividad existente y la preponderancia de determinados servicios y grupos hospitalarios dejarían la AP en un segundo plano. Sirva de ejemplo de este modelo organizativo la experiencia del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) con la creación del Programa de Investigación en AP, a través del cual se dota de un espacio, unas infraestructuras y un servicio de soporte para los grupos y las líneas de investigación que lo componen. Una de las apuestas para la consolidación de este programa ha sido la concesión en el año 2006, mediante convenio con el Servicio Aragonés de Salud, de 283 días de liberación asistencial para los investigadores de AP. En este programa también participan las sociedades científicas de AP, las unidades docentes de medicina de familia y la Cátedra de Atención Primaria de la Universidad de Zaragoza. La Consejería de Ciencia y Tecnología de Aragón también ha financiado el grupo al acreditarlo como grupo consolidado, junto con otros grupos de reconocido prestigio de la comunidad.

En este nuevo escenario, las sociedades profesionales de medicina familiar deben apoyar y participar en la creación de instituciones fuertes de investigación en AP en las comunidades autónomas y en su coordinación a través de redes estatales.

Por tanto, bienvenida sea la investigación cooperativa y las experiencias y estructuras, como las RTIC, que las favorecen. Pero conviene hacer énfasis en que dicha cooperación exige una organización y financiación de base que no existe en la actualidad en la AP, sin la cual difícilmente podremos iniciar la nueva etapa de consolidación de la investigación en medicina de familia.

Bonaventura Bolívar Ribas

Coordinador de la redIAPP y director científico del IdIAP Jordi Gol.
Barcelona. España.

Bibliografía

1. Van der Zee J, Kroneman M, Bolibar B. Conditions for research in General Practice. Can Dutch and British experiences be transferred to other countries? *Eur J General Pract.* 2003;9:41-7.
2. 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.
3. 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 Mèdiques. Calsalut. Departament de Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.
4. Fernández I, Bolívar B, Grandes G, Llobera J, Fernández C, Martín Zurro A. Redes temáticas de investigación cooperativa [editorial]. *Aten Primaria.* 2003;32:505-8.
5. Bolívar B, Cabezas C, Nin E, Violan C, editores. Estudios multicéntricos en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina; 2006.
6. Pujol C. Las fundaciones de investigación en atención primaria. Asistencia, docencia... ¿investigación? *Aten Primaria.* 2001;28:295-7.