

# Investigación en atención primaria de salud. Premisas básicas

V. Pedraza Muriel

La situación general de la enseñanza y la investigación en atención primaria de salud, en España, puede considerarse insatisfactoria. Existe un claro déficit educativo en la formación médica pregraduada, y en la formación especializada predominan, acaso inevitablemente, los elementos asistenciales sobre los contenidos científicos. Si se pretende, por ello, mejorar la investigación en el área sería necesario instrumentar, a mi juicio, 2 órdenes distintos de medidas: *a)* corregir los desequilibrios formativos existentes en la formación pregraduada, y *b)* introducir variables académicas y científicas, no simplemente profesionales, en la formación de posgrado. La formulación de las líneas generales de esta política corresponde, obviamente, a las autoridades educativas y sanitarias del país. Por esta razón, los siguientes párrafos constituyen un conjunto de sugerencias o puntos de vista personales esbozados con la esperanza y el propósito de servir a los fines de la misma.

## Licenciatura en medicina: planes de estudios

Las líneas generales de los planes de estudios vigentes hoy, en nuestro país, para la enseñanza de la medicina son, en una primera aproximación, las siguientes<sup>1,2</sup>: *a)* disminución general de los contenidos teóricos de la enseñanza e incremento consiguiente del tiempo lectivo dedicado a la formación clínica; *b)* introducción de la noción de autoaprendizaje en todos los niveles del proceso educativo; *c)* generalización de la enseñanza por casos; *d)* coordinación educativa entre materias afines; *e)* ordenación temporal lógica del aprendizaje, y *f)* orientación de los contenidos docentes del currículo hacia nociones conceptuales o de prin-

cipio con exclusión específica de la enseñanza especializada. A pesar del carácter general de la enseñanza, de la importancia concedida a la formación clínica, de la posibilidad de inclusión en el currículo de materias discrecionalmente definidas por las universidades como obligatorias u optativas, la presencia en él de contenidos de atención primaria de salud es mínima o nula.

## Facultades de medicina y atención primaria de salud

La universidad, del mismo modo que la justicia, es una institución frágil que debe en gran parte su influencia al deseo de la comunidad de tener a su disposición un sistema objetivo y absoluto de referencia, independiente de tendencias e influencias transitorias. De esta noción derivan la autonomía universitaria y la libertad académica, y en ella encuentra su fundamento la noción de servicio, entendida como compromiso de la universidad con la comunidad que la rodea. En este contexto, el desarrollo del principio de igualdad en las sociedades democráticas y, en el ámbito de la salud, el de la equidad en el acceso al sistema de prestación de servicios sanitarios (un concepto de gran importancia política y considerable fuerza moral) ha planteado a la universidad nuevas preocupaciones y problemas<sup>2</sup>. La relación entre las funciones de la universidad y las necesidades de la comunidad es, probablemente, una de las más importantes.

Un punto de convergencia particularmente importante en la relación universidad-sociedad es el binomio salud y desarrollo. Si se acepta que la salud contribuye al desarrollo y se considera que uno de los objetivos fundamentales de éste es la mejora del estado de salud de la población, es claro que la comprensión y el estudio de los factores determinantes de la salud constituyen una aportación importante de la universidad al desarrollo y al orden social<sup>3</sup>. En esta hipótesis, las universidades no pueden limitarse sólo al cultivo de la ciencia básica y la formación de profesionales competentes, por muy importantes que éstas sean. Deben ir más allá y, superando su orientación disciplinaria, han de proponer nuevas iniciativas, asumir nuevas responsabilidades e introducir nuevos criterios en la formación. Por ejemplo, una manera de medir la apertura de la universidad en el análisis de los problemas de salud sería reconocer la importancia que pueden tener para ella contenidos docentes no estrictamente relacionados con la patología (epidemiología clínica y analítica, antropología médica,

Catedrático de Universidad. Departamento de Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Granada. España.

Ponencia presentada en el Foro de Investigación del XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Correspondencia: Vicente Pedraza Muriel.  
Departamento de Radiología y Medicina Física. Facultad de Medicina.  
Avda. de Madrid, 11. 18012 Granada. España.  
Correo electrónico: vpedraza@ugr.es

Manuscrito recibido el 22 de diciembre de 2003.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de enero de 2004.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud. Educación médica pre y posgraduada. Tercer ciclo universitario. Metodología científica. Formación de profesores.

economía de la salud, atención primaria de salud, sociología de la salud, ciencias sociales y del comportamiento, entre otros) e introducirlos en el currículo de las facultades de medicina<sup>2,3</sup>.

Hoy, transcurridos algo más de 15 años desde el comienzo de la reforma universitaria, se aprecian con claridad los fallos del sistema formativo ideado en 1987, el más importante de los cuales puede que haya sido la imprevisión que se tuvo entonces acerca del uso que las universidades harían de las materias obligatorias u optativas del plan de estudios. Concebidas como instrumento para la ampliación del horizonte profesional de los estudiantes y la mejora de su formación intelectual y cultural, no caímos en la cuenta de que los intereses de los departamentos, en el marco del sistema electivo de los órganos de gobierno de las universidades, se iban a convertir en una palanca de presión que acabaría desviando los contenidos y objetivos de tales materias hacia la satisfacción de las necesidades del profesorado. Los que no estaban o carecían de representación en los departamentos universitarios en aquellos años quedaron excluidos del juego.

Personalmente, estoy convencido de que una de las razones fundamentales por las cuales no existen contenidos de atención primaria de salud en el currículo de medicina (que las universidades deberían haber introducido de modo obligatorio) es que nadie abogó por ello en el momento preciso. Los centros de atención primaria fueron demasiado generosos en su colaboración con las universidades (aceptaron participar en la formación clínica de los estudiantes sin contrapartidas especiales) o llegaron demasiado tarde a la convicción de que, para estar presentes en la vida universitaria, no basta sólo con desearlo, no es suficiente que sea necesario o conveniente la introducción de determinados contenidos en una titulación, hay que combatir para conseguirlo. Alguien podría añadir a estas reflexiones la pregunta de por qué la atención primaria de salud, a la vista de su espectacular y previsible desarrollo, no se contempló, en su momento, como materia troncal en los planes de estudios de medicina. Una posible respuesta a esta pregunta es que en los años en los que se hizo la reforma (1987-1989) la atención primaria de salud estaba en fase de consolidación como especialidad y los esfuerzos realizados entonces se dirigieron, probablemente, más hacia el fortalecimiento de la medicina familiar y comunitaria en el sistema español de formación especializada que hacia su presencia en el pregrado.

En cualquier caso, la realidad actual es que no se enseñan ni se aprenden, de forma sistemática, contenidos de atención primaria de salud en las facultades de medicina españolas, una minoría de las cuales ha iniciado recientemente el camino de la optatividad. En estas condiciones, ¿cómo puede desarrollarse la investigación en su ámbito? Si se admite que la universidad es una institución clave para la creación y transmisión del conocimiento en la sociedad actual, ¿cómo es posible profundizar en los contenidos cien-

tíficos de una disciplina si no se confiere a ésta carácter universitario? Mi opinión personal es que la primera medida a adoptar para promover el desarrollo científico y la investigación en atención primaria de salud es asegurar su presencia en el currículo de las facultades de medicina como materia troncal. ¿Es posible conseguir hoy este objetivo? Probablemente sí, y la ocasión óptima para ello es la reforma de las directrices generales del título de licenciado en medicina prevista en el proceso de integración española en el Espacio Europeo de Educación Superior actualmente en discusión<sup>4</sup>. Una segunda oportunidad de cambio viene dada por la definición de las bases generales del régimen de concertos entre las universidades y las instituciones sanitarias en las que se deba impartir la enseñanza de la medicina y de otras profesiones sanitarias a que alude la disposición adicional séptima de la Ley Orgánica de Universidades<sup>5</sup>, proceso en el que los hospitales y centros de atención primaria de salud deben tener mucho que decir.

### Formación de profesorado

La presencia de contenidos de atención primaria de salud en el currículo de medicina constituye una condición necesaria pero no suficiente para asegurar, primero, una formación pregraduada de calidad y promover, en segundo lugar, el desarrollo de la investigación en ella. Dos premisas adicionales se precisan, a mi juicio, para ello: un número mínimo de profesores y los recursos físicos e instrumentales necesarios a tal fin. Estos últimos parecen estar, en principio, disponibles, dada la amplitud de las unidades y centros de atención primaria de salud afiliados a las universidades. El déficit de profesorado es, en cambio, alarmante. No disponemos, en efecto, en atención primaria de salud de profesores de cuerpos docentes universitarios superiores (catedráticos y/o profesores titulares de universidad) y, en la mayoría de las universidades, el número medio de profesores de otros niveles (ayudantes, ayudantes doctores, asociados, contratados doctores) es de uno por facultad.

Afirmar por ello que uno de los problemas más importantes que tiene planteados en España la atención primaria de salud es la insuficiencia de personal docente cualificado es tarea fácil. Lo importante, sin embargo, no es esto, sino que, una vez identificado el principal de los problemas del área, estemos dispuestos a proponer alguna solución. La que yo propongo es sencilla: en un período razonable (5-10 años como máximo), el número de profesores de atención primaria de salud debería multiplicarse por 3 y una parte de ellos (un tercio, al menos, de dicho incremento) debería tener la condición de catedrático o profesor titular de universidad. Condiciones indispensables para ello son, a mi modo de ver, las siguientes: a) introducir en los programas de formación especializada contenidos y actividades de orden científico general (empirismo y experimentalidad, medicina basada en la evidencia, métodos

cualitativos y cuantitativos en la investigación biomédica, evaluación crítica de la bibliografía científica, estudios clínicos observacionales, protocolos de experimentación, estadística descriptiva e inferencial, investigación de servicios y evaluación económica del propio sistema de salud, entre otros); *b*) forzar la presencia de contenidos de atención primaria de salud en los programas de doctorado de las distintas universidades, y *c*) incrementar el número de doctores en la especialidad.

Sin profesores es imposible una educación médica de calidad en el nivel pregraduado y es difícil organizar un programa de doctorado con capacidad de atraer a los mejores. Por otra parte, sin doctores es imposible la formación de profesores. Como este círculo vicioso hay que romperlo por algún sitio, mi propuesta es hacerlo, en la medida de lo posible, en la categoría de doctorado mediante la adopción de medidas de incentivación diversas.

### **Tercer ciclo universitario: doctorado**

Hasta 1998, el desarrollo del tercer ciclo universitario, que conduce a la obtención del título de doctor, estuvo regulado, en España, por el Real Decreto 185/1985<sup>6</sup>. Con independencia de sus objetivos específicos (definición de un marco adecuado para la creación, transmisión y aplicación del conocimiento, impulso a la formación del profesorado, apoyo al perfeccionamiento profesional, científico y técnico de los titulados superiores), sus particularidades más notables fueron 2: *a*) la transferencia de las responsabilidades educativas de las facultades a los departamentos universitarios, y *b*) la estructuración del proceso formativo en 2 períodos lectivos, el primero de los cuales, de 2 años de duración, se caracterizaba por la iniciación de los doctorandos (mediante cursos y seminarios diversos) en los contenidos fundamentales de un determinado programa, y el segundo, de duración variable, por el ejercicio de actividades científicas encaminadas a la realización y ulterior defensa de una tesis doctoral.

La experiencia adquirida durante los últimos años y la necesidad de profundizar en determinados aspectos de la formación forzaron la promulgación de una nueva norma (Real Decreto 778/1998<sup>7</sup>) cuyos objetivos fundamentales son la introducción de criterios de calidad en los programas de doctorado, el fomento de las actividades científicas de los doctorandos, la especialización de éstos en un campo científico, técnico o artístico determinado, la mejora de su formación en la metodología general de la investigación, el apoyo a programas interdepartamentales, interdisciplinarios o interuniversitarios y el fomento de la movilidad.

Los actuales programas de doctorado se dividen, para su desarrollo, en 2 períodos, docente el primero y de investigación tutelada el segundo. El período docente (primer año del programa) incluye cursos y/o seminarios sobre los contenidos fundamentales de los campos científico, técnico o artístico del programa correspondiente,

cursos y/o seminarios relacionados con la metodología y técnicas de investigación en general, y cursos y/o seminarios relacionados con campos afines a los del programa básico. El período de investigación tutelada (segundo año del programa) tiene como fin la participación efectiva de los doctorandos en tareas de investigación específicas, cuya evaluación positiva da derecho al Diploma de Estudios Avanzados, con independencia de que se realice con posterioridad una tesis doctoral o no. En términos generales, los créditos asignados a los citados períodos (20 y 12, respectivamente) corresponden a 10 h lectivas.

Una nueva reforma del doctorado, en el marco de la Declaración de Bolonia, y la integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior están próximas. Sus líneas generales son<sup>4</sup>: *a*) simplificar los trámites de acceso a la condición de doctor; *b*) concebir el doctorado como parte de un sistema general de formación académica y científica avanzada; *c*) considerar a los doctorandos como sujetos activos de su propia formación, y *d*) reforzar los criterios y mecanismos de calidad (evaluación externa al departamento que propone la memoria de investigación presentada como tesis doctoral antes de su defensa y lectura públicas, publicación parcial previa de sus resultados en revistas de impacto, correspondencia entre el campo científico del programa y los contenidos de la tesis, entre otros).

### **La atención primaria de salud como área de conocimiento**

Un problema importante en relación con el desarrollo del tercer ciclo universitario en atención primaria de salud es la inexistencia de un área de conocimiento oficialmente reconocida en el ámbito académico. En la Ley Orgánica de Universidades, las áreas de conocimiento se conciben como campos del saber caracterizados por la homogeneidad de su objeto de conocimiento, una común tradición histórica y la existencia de comunidades de investigadores, nacionales o internacionales<sup>8</sup>.

A la consecución del carácter de área de conocimiento para la atención primaria de salud ha dedicado la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) recientes esfuerzos. Esta decisión debe considerarse inteligente y oportuna, pues en la universidad española las áreas de conocimiento son los ejes en torno a los cuales se ordena la enseñanza de las diversas disciplinas (en los planes de estudios de las titulaciones universitarias, la adscripción de asignaturas se realiza a las áreas de conocimiento, no a los departamentos), se promueve la investigación (el doctorado es responsabilidad, no de las facultades, sino de los departamentos, y éstos se constituyen como tales en torno a una o varias áreas de conocimiento), se produce la dotación de plazas (generalmente coincidentes en su perfil académico y científico con un área de conocimiento) y el proceso de selección del profesorado (los miembros de las

comisiones de habilitación a plazas de profesores han de pertenecer a una determinada área de conocimiento), y se articula la propia estructura departamental de las universidades.

Mientras no se alcance este objetivo esencial (será necesario para ello vencer resistencias, aunar voluntades y convencer de la necesidad del cambio), hay que trabajar para conseguir la inclusión de contenidos de atención primaria en los programas de doctorado de otras áreas (medicina, cirugía, medicina preventiva y salud pública, pediatría, obstetricia y ginecología, radiología y medicina física, estadística e investigación operativa). Probablemente, los contenidos, la metodología y la formación en técnicas de investigación en atención primaria de salud que ofrezcan tales programas sean escasos y no alcancen los niveles de profundidad y rigor exigibles para la formación de doctores en un programa específico de la especialidad. Sin embargo, no creo que la situación actual dure mucho tiempo. La universidad no puede seguir ignorando oficialmente una rama de la medicina cuyos objetivos y metodología se ajustan tan estrechamente a la filosofía y orientación general de los estudios de pregrado, ni puede oponerse al desarrollo, mediante la investigación, de los principios y contenidos científicos de la atención primaria de salud, porque eso sería ir en contra de su propia esencia. Inevitablemente, la universidad acabará por recibir con los brazos abiertos a todos cuantos quieran unirse a ella en la consecución de sus objetivos y misiones, y terminará siendo (como lo es en otros ámbitos del conocimiento) el *alma máter* de la ciencia y la investigación subyacentes a la atención primaria de salud.

### Propuestas adicionales

Varias son, en principio, las iniciativas que podrían adoptarse, junto a las anteriormente señaladas, para el desarrollo de la investigación en atención primaria de salud. Una de ellas podría ser una mejor conexión entre la formación especializada y el tercer ciclo universitario. Esto permitiría a los médicos especialistas en formación<sup>9</sup>: *a)* realizar los cursos, seminarios y actividades científicas del programa de doctorado elegido de forma paralela a su entrenamiento clínico; *b)* aprender los fundamentos del método científico, el diseño de estudios observacionales (transversales, de cohortes, de casos y controles, ensayos clínicos) y la estructura de los protocolos de investigación (hipótesis, población de estudio y tamaño muestral, metodología, variables de análisis, identificación y control de sesgos, análisis de los resultados, discusión y conclusiones); *c)* participar en la evaluación tecnológica, el análisis de las decisiones terapéuticas, los problemas de oferta y demanda de servicios, el control del gasto, la identificación de las preferencias y la definición de criterios de calidad asistencial; *d)* adiestrarse en la preparación de trabajos científicos susceptibles de publicación, y *e)* realizar, dentro de lo posible, una tesis doctoral.

Para que esta conexión sea posible, es necesario que la formación médica especializada cambie de orientación. Sin tiempo suficiente para el estudio, la preparación de casos, el análisis de la bibliografía científica y la participación personal y directa de los residentes en actividades científicas y/o proyectos de investigación básica o aplicada, sin su asistencia regular a cursos y congresos, tanto nacionales como internacionales, sin su implicación en un programa de doctorado de calidad, no será posible resolver definitivamente el problema de la investigación en atención primaria de salud y situarla en el nivel adecuado. Los médicos especialistas en formación son, como los becarios y ayudantes de los departamentos universitarios, y como su propio nombre indica, personal en formación que ha de adquirir conocimientos, habilidades y actitudes no sólo profesionales, sino también científicas, y junto a su presencia y trabajo en el ámbito asistencial hay que asegurarles una inmersión en el mundo de la ciencia (cuanto más profunda, mejor). La propuesta inicial para ello es que el 20%, aproximadamente, del tiempo de formación semanal se dedique a esta finalidad<sup>9</sup>.

Una segunda medida, no menos trascendente que la primera, podría consistir (como elemento de apoyo a la introducción de criterios y reglas científicos en los programas de formación especializada) en la modificación de los baremos de acreditación de méritos que rigen la selección del personal médico de los centros de atención primaria del sistema de salud (en los que prima sobremanera lo asistencial sobre lo científico). La tercera línea de acción que se propone (integración de los especialistas en medicina familiar y comunitaria en el profesorado universitario) está prevista en la disposición final segunda de la Ley Orgánica de Universidades<sup>10</sup>, en la que se determinan las condiciones de acceso de los profesionales sanitarios a plazas de ayudante, ayudante doctor y profesor asociado en las distintas universidades. En virtud de esta disposición, los concertos universidad-instituciones sanitarias establecerán el número de tales plazas que deberán cubrirse, mediante concurso público, entre quienes hayan obtenido el título de especialista en los 3 años anteriores a la convocatoria del concurso.

La doble vía de formación, profesional y científica, que preconiza el presente estudio, el incremento de doctores y el acceso de los médicos de atención primaria a la condición de profesores, en sus diversas categorías, deben contribuir a solucionar las necesidades de los sistemas educativo y sanitario del país, resolver el problema de la investigación en la especialidad y abrir paso a quienes, en el futuro, hayan de asumir responsabilidades docentes, científicas y asistenciales.

Un clima de entendimiento y cooperación preside hoy la acción política de los Ministerios de Educación y Sanidad. Por otra parte, la evolución de las necesidades y cambios sociales sobrevenidos en materia de salud, la orientación claramente social de la medicina actual y la generalización



de los programas de educación y promoción de la salud y prevención de la enfermedad han añadido nuevas misiones (la dimensión comunitaria, sobre todo) a la formación de los médicos. Por esta razón, un mayor grado de aproximación entre las universidades y las estructuras asistenciales del Sistema Nacional de Salud, una revisión de los contenidos docentes del currículo, una mayor atención y/o compromiso educativos con la atención primaria de salud y una apuesta decidida por la investigación en ésta, según las líneas descritas, no deben ser difíciles de conseguir. Las acciones a realizar parecen claras y los valores a defender (cooperación recíproca, servicio, mejora del orden social) están bien definidos. El resultado no debe hacerse esperar.

### Conclusión

Sin una modificación de los objetivos y métodos de la educación médica pre y posgraduada, sin la introducción de variables científicas en la formación especializada, sin una más estrecha colaboración entre ésta y el tercer ciclo universitario, sin una más amplia base de doctores y profesores, todas las hipótesis y deseos de crecimiento y expansión científica de la atención primaria de salud quedarán desprovistos de significado. Particularmente importante para la consecución de los objetivos descritos en el presente estudio es la creación, en el ámbito académico, del área de conocimiento de atención primaria. Corresponde, por ello, a la semFYC y a todos sus asociados proponer a los poderes públicos la adopción de las medidas necesarias para la solución de los problemas docentes y científicos señalados, y corresponde a la universidad y al sistema de salud (en particular, a los responsables de las unidades docentes de posgrado) la conjunción de esfuerzos necesaria para situar a la atención primaria de salud en el lugar que exigen la

importancia de sus objetivos científicos y la trascendencia social de sus fines asistenciales.

### Bibliografía

1. Pedraza V. Las facultades de medicina y la formación de los médicos. *Educación Médica* 1999;2:53-60.
2. Pedraza V. Formación médica y necesidades sociales. *Med Clin (Barc)* 2001;116:658-63.
3. World Health Organization. The role of the universities and the strategy of health for all. Document for Technical Discussions. Proceedings of the 37th World Health Assembly. Geneva, 1984.
4. Integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior. Documento Marco. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2003; p.1-9.
5. Ley Orgánica de Universidades 6/2001, de 21 de diciembre. Disposición adicional séptima: Régimen de conciertos entre universidades e instituciones sanitarias. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo de Coordinación Universitaria, 2002; p. 89.
6. Real Decreto 185/1985, de 23 de enero, por el que se regula la obtención y expedición del título de doctor y otros estudios de posgrado. BOE, 16 de febrero de 1985; p. 6417-20.
7. Real Decreto 778/1998, de 30 de abril, por el que se regula el tercer ciclo de los estudios universitarios. BOE, 1 de mayo de 1998; p. 3047-3056
8. Ley Orgánica de Universidades 6/2001, de 21 de diciembre. Artículo 71: Áreas de conocimiento. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo de Coordinación Universitaria, 2002; p. 72.
9. Pedraza V. El nuevo programa de formación en oncología radioterápica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejo Nacional de Especialidades Médicas, 2003; p. 1-27.
10. Ley Orgánica de Universidades 6/2001, de 21 de diciembre. Disposición final segunda: Modificación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Consejo de Coordinación Universitaria, 2002; p. 104.