

## APÉNDICE I

# Promoción de la investigación clínica en atención primaria de salud

Documento de trabajo elaborado en la Reunión sobre Investigación Clínica en Atención Primaria, organizada por la Fundación AstraZeneca en Barcelona el 1 de abril de 2004

## INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha vuelto a poner de manifiesto la necesidad de promover la investigación en atención primaria de salud (APS).<sup>1-3</sup> Diferentes autores coinciden en destacar la necesidad de realizar estudios sobre problemas de salud relevantes en este ámbito que produzcan resultados fácilmente transferibles a la práctica clínica habitual. En los últimos años, y como consecuencia de una elevada presión asistencial, la mayor parte del tiempo de los médicos de este nivel de atención se destina a las consultas a demanda, y apenas queda tiempo para otro tipo de atención (programada, a domicilio) y formación y mucho menos para investigación.

En APS se genera el consumo de más del 80% de los medicamentos. Esto permite entender que una parte de los esfuerzos de la investigación en APS se dedique a estudiar los efectos de los fármacos (viejos, nuevos, pautas de tratamiento, etc...). Por muchos motivos, buena parte de los esfuerzos están dedicados a estudiar los efectos de fármacos nuevos. Sin embargo, en la práctica clínica habitual se administran cotidianamente fármacos de eficacia mas o menos probada, pero de los que se desconoce su efectividad.

Desde el punto de vista de la salud pública, resulta imprescindible seguir estudiando cómo se utilizan los fármacos que ya están en el mer-

cado y qué resultados ofrecen en comparación con los nuevos, tanto para la salud de los pacientes que los reciben, como en términos de eficiencia, ya que su financiación es mayoritariamente a partir de fondos públicos. No sólo es necesario conocer y comparar los resultados que se obtienen con diferentes fármacos, sino también los que se pueden conseguir con intervenciones no farmacológicas como, por ejemplo, las modificaciones de los estilos de vida. No es en absoluto descartable que éstas muestren un efecto superior al de los fármacos en muchos casos.

Esta necesidad de adquirir conocimiento a partir de la consideración de los problemas de la práctica es universalmente reconocida y puede llegar a propiciar el encuentro de diferentes actores: pacientes, profesionales, investigadores, administración pública del Sistema Nacional de Salud (SNS), Universidad, sector privado... Nuestra sociedad demanda urgentemente que la producción de conocimiento le sea transferida lo más directamente posible y que los recursos sanitarios sean utilizados de la manera más eficiente posible para permitir la optimización, la sostenibilidad y, fundamentalmente, la equidad en el SNS.

El conjunto de las empresas prestadoras de servicios sanitarios del SNS necesita analizar constantemente la información sobre los procesos que aplica y los resultados que obtiene,

con el fin de informar la toma de decisiones en situaciones complejas. Tanto es así que el SNS puede ser considerado como una gran empresa en la que el conocimiento tiene un papel central y básico para su desarrollo. Esta gran empresa de conocimiento es compradora de tecnología sofisticada y necesaria para alcanzar sus objetivos y debe fortalecer, por tanto, su posición y su papel de comprador en un mercado de la tecnología en el que tan importante es ser vendedor como comprador. Es imprescindible que el SNS lleve a cabo, de manera rutinaria, un ejercicio de medición epidemiológica de los resultados que obtiene en términos de salud con las intervenciones preventivas y terapéuticas a las que, como sucede con los medicamentos, dedica un enorme esfuerzo presupuestario. El SNS debe ser productor de conocimientos sobre la salud de la población que atiende y sobre las medidas adecuadas para preservarla y mejorarla, y no un mero receptor de los conocimientos generados aparte del propio sistema.

En la actualidad, la investigación clínica —o si se prefiere la investigación en Biomedicina— carece de un marco legislativo que establezca los límites de lo permitido y lo no permitido, las responsabilidades y derechos de cada uno de los implicados, y que cree un marco favorable para el desarrollo y promoción de todo tipo de investigación clínica, que incluya el conjunto de actividades destinadas a la creación de conocimientos sobre la salud de la población. Los aspectos legislativos, reguladores y operativos (excesivamente burocratizados) de la investigación clínica actual sólo contemplan los ensayos clínicos con medicamentos y dentro de un marco que sólo pueden cumplir las empresas privadas con intereses a veces no coincidentes con los del sistema sanitario .

## **DIFICULTADES Y RESISTENCIAS A LA INVESTIGACIÓN EN APS**

Las dificultades para el desarrollo de la investigación clínica en APS son de diferentes tipos:

### **1. Aspectos conceptuales**

#### **Dificultad para generar una hipótesis y desarrollar un protocolo de investigación o de estudio específico a partir de una pregunta o incertidumbre:**

En el caso concreto de la prescripción y uso de medicamentos, existe una amplia variabilidad de los patrones de prescripción de un médico a otro. Esta variabilidad tiene numerosos determinantes entre los cuales podemos apuntar: la formación académica, la actualización de conocimientos, *el marketing* de la industria farmacéutica, la relación médico-paciente, etc. También tiene un peso creciente la existencia de incertidumbres reales en determinadas situaciones.

La única manera de despejar estas incertidumbres es convertirlas en hipótesis, es decir preguntas específicas que puedan ser contestadas mediante estudios adecuados. No existe en nuestro medio este hábito cultural, para el que se requieren ciertas habilidades. Ha predominado una tradición en la que la figura paternalista del médico ante el paciente no permite el planteamiento de dudas. Afortunadamente, son cada vez más los médicos que defienden una actitud más dialogante con los pacientes y más abierta ante la incertidumbre científica. Sin embargo, las instituciones prestadoras de servicios sanitarios no promueven esta tarea por motivos muy variados.

#### **Dificultad para la definición operativa de los problemas:**

En APS, aunque también en otras especialidades y ámbitos de la atención sanitaria, más que a pacientes portadores de enfermedades y con diagnósticos precisos, los médicos atienden a personas con múltiples problemas difíciles de clasificar según los criterios médicos convencionales (ej. CIE, DSMIV). Las causas son múltiples: las enfermedades están menos evolucionadas que en el contexto de la investigación médica dominante (el hospital), los instrumentos para estos diagnósticos no son propios de la APS, las condiciones en las que se desarrolla el trabajo no lo permiten, etc.

## **2. Resistencias y debilidades de las instituciones prestadoras**

### **Presión asistencial:**

Es conocido el poco tiempo disponible para atender a los pacientes. La actividad investigadora requiere un tiempo que con frecuencia se considera como sustraído al de la supuesta función principal, la asistencia. Aunque para investigar ni es indispensable, ni en ocasiones es deseable, que la dedicación sea exclusiva, para llevar a cabo un buen trabajo investigador se requiere tiempo, estructura organizativa de equipo, financiación digna, reconocimiento de la labor realizada y otras condiciones mínimas, como espacio, medios, etc. (en definitiva: personal, tiempo y dinero).

### **Organización y estructuración del SNS:**

Tal como está concebido en la actualidad, el SNS no está pensado para dudar ni para investigar. En APS, además, existe una gran dispersión y aislamiento (frente al entorno más «manejable» del hospital). Existen numerosas iniciativas de las organizaciones prestadoras de servicios para desarrollar la evaluación de la calidad asistencial. No obstante, hoy por hoy se intenta promover la aplicación de Guías de Práctica Clínica (GPC) en las que se recomienda la utilización de intervenciones cuya eficacia esté avalada por pruebas científicas. Este empeño parece prioritario, especialmente entre los gestores del SNS, pero deja de lado o simplemente ignora la detección de las incertidumbres terapéuticas y su resolución mediante la investigación.

### **Problemas de coordinación:**

En cuanto se hace necesario recabar información sobre un elevado número de pacientes, se hace imprescindible la coordinación entre varios médicos y equipos, y de éstos con otros niveles asistenciales (por ejemplo para pruebas diagnósticas específicas u otras). La excesiva presión asistencial dificulta tanto la recogida de datos como la participación en el análisis, la interpre-

tación, publicación de los resultados y, en definitiva, la coordinación entre profesionales.

### **Falta de estabilidad laboral:**

El carácter interino en un puesto de trabajo conlleva una escala de prioridades en la que no suele estar la investigación, aunque no siempre por falta de interés. Muchas veces es muy difícil asumir tareas investigadoras además de las propiamente asistenciales y formativas de cara a la obtención de créditos para mejorar en el puesto de trabajo (o posible futura carrera profesional).

### **Falta de sistemas de información clínica:**

Las historias clínicas no siempre contienen la información mínima que permita analizar características de pacientes, tratamientos recibidos, pruebas diagnósticas realizadas y el seguimiento de su curso vital. La informatización de las consultas podría favorecer la recogida de información de manera sistematizada, lo que la haría fácilmente recuperable. No obstante, seguiría siendo imprescindible fomentar el hábito de anotar la información clínica de manera adecuada para su ulterior análisis, y poder contar con sistemas homogéneos de recogida de la información. La investigación no sólo debe contribuir a mejorar la calidad asistencial, sino que además debe ser percibida como tal por los profesionales.

### **Sistemas de comunicación y transmisión de información no suficientemente desarrollados:**

A excepción de los datos de prescripción de medicamentos, el sistema no retroalimenta a los médicos con ninguna otra información de tipo clínico. Se dispone de información detallada sobre el consumo, pero de datos escasos sobre los resultados clínicos obtenidos.

### **Estructuras de apoyo a la investigación débiles o inexistentes:**

Sólo en algunas CC.AA. el SNS se ha dotado de una estructura estable cuyo objetivo es dar apoyo a la formación de investigadores y al desarrollo de trabajos de investigación.

**Falta de financiación:**

La escasez de ayudas a la investigación, y la concesión de las mismas según criterios poco adaptados a la realidad de los profesionales de APS (Tesis doctoral, publicaciones previas, etc.), junto con la carencia de estructuras de apoyo y la penuria de otros medios, dificulta el acceso de los médicos a los medios necesarios, incluida la financiación de proyectos. Por ello, se recurre con frecuencia al apoyo de la industria farmacéutica, a menudo más fácil de conseguir.

**Temor a la inducción a la prescripción:**

No son raros los estudios promovidos por la industria farmacéutica con el objetivo principal de inducir la prescripción de sus productos. La popularización de este tipo de estudios ha creado, en muchos gestores, un recelo hacia otros estudios de tipo descriptivo que pueden tener interés tanto para la salud de los pacientes, como para la gestión y toma de decisiones en el área de salud, aunque estén parcial o totalmente financiados por compañías farmacéuticas.

**Resistencias debidas a la heterodoxia de la propuestas:**

El objetivo principal de las GPC o similares, hoy por hoy en nuestro país, es homogeneizar la prescripción de medicamentos en torno a unos fármacos seleccionados según las pruebas de su eficacia, seguridad y coste. Este objetivo resulta claro para la administración del SNS y está justificado por los diferentes análisis de patrones de prescripción de la mayoría de grupos farmacológicos. Sin embargo, puede entrar en contradicción con el de estudios que pretenden investigar las propias incertidumbres puestas de manifiesto en la elaboración de las GPC.

**Escasa vinculación de la investigación a la Formación Médica Continuada:**

La formación previa de grupos seleccionados en base al interés particular en un tema determinado y a la posibilidad o factibilidad de realizar investigación en temas concretos (enfermedades prevalentes en el área, suficiente número de pacien-

tes para reclutar, horario de consulta, interacción con Atención Especializada, etc.) podría dar lugar a grupos de investigadores de referencia.

**Presencia escasa o ausencia de la APS en la Universidad:**

La Universidad es la institución que aúna la labor docente y la investigadora. El hecho de que, a diferencia de lo que sucede en otros países, en España no esté reconocida suficientemente la presencia de la Medicina Familiar y Comunitaria en las facultades de Medicina tiende a alejar la labor investigadora de los centros de salud, y a éstos de la investigación. A pesar de que los planes de estudio reconocen que el objetivo principal de la formación de los futuros médicos es prepararlos para ejercer su labor en la APS, en nuestras Universidades no existen departamentos de Medicina Familiar y Comunitaria. Es urgente reparar este error histórico. Algunos sectores proponen la incorporación de los estudiantes de pregrado en las labores asistenciales en APS, debidamente acreditados y vinculados formalmente a las Facultades de Medicina de las Universidades.

**Dificultades suplementarias para obtener el consentimiento en APS:**

La obtención del consentimiento informado de los pacientes, previo a su inclusión en un proyecto de investigación, es un requisito ético reconocido por la legislación vigente (Convenio de Oviedo, Ley Básica 41/2002, de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente; Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley 25/1990, del Medicamento), no sólo para llevar a cabo ensayos clínicos con medicamentos. Si en algún nivel asistencial es, teóricamente, más fácil obtener el consentimiento informado, éste es el de atención primaria. La relación de plena confianza y de continuidad en la asistencia que se establece entre médico y paciente, favorece la obtención del consentimiento informado. Cuando el médico de atención primaria invita al paciente a participar en un estudio, a menudo éste tiene «excesiva» tendencia a aceptar lo que

su médico le propone. Pero la realidad es que ante la falta de tradición de que en APS se le proponga la participación en un estudio hace que el paciente esté menos predispuesto, y dificulta un tanto la obtención de este consentimiento, que en teoría debiera ser más fácil de obtener. La exigencia legal de obtener el consentimiento por escrito y la cantidad de información y modo de proporcionarla, puede ser un elemento disuasorio (sobre todo en ensayos clínicos de compañías farmacéuticas que pretenden un consentimiento informado de «medicina defensiva» basado en una mala traducción).

#### **Falta de motivación:**

El «burn-out» tiene impacto sobre todas las actividades del médico. Las que pueden resentirse más de este efecto son las que, como la investigación, no son consideradas esenciales por los gestores del SNS. En APS, según algunos estudios, un 60% de los médicos han puntuado alto en escalas de «burn out» en algún momento de su vida laboral. La falta de motivación tiene mucho que ver con la falta de formación y la menor adquisición de habilidades, tanto en el proceso formativo en pregrado y postgrado como posteriormente en las actividades de Formación Continuada.

### **3. Aspectos operativos**

#### **El promotor, generalmente, es ajeno al sistema:**

Las condiciones impuestas en los protocolos de los estudios pueden entrar en contradicción con la práctica habitual de los clínicos cuando el promotor tiene otros intereses, y no es suficientemente sensible, respetuoso, o desconoce las condiciones reales de trabajo en APS. Esta circunstancia no facilita ni el trabajo cotidiano del investigador ni la percepción que los gestores del SNS puedan tener de la investigación en APS. Al contrario, contribuye a fomentar la idea que los médicos son meros recolectores de datos cuyo interés es muy discutible para el SNS.

Demasiado a menudo, no se cuenta con médicos de atención primaria en estos Comités

Directivos de los estudios que se realizan en este nivel asistencial. El «investigador» de un ensayo clínico es un eufemismo del «reclutador» de un ensayo clínico. Reclutar pacientes no es investigar, sino participar en la realización del estudio simplemente incluyendo pacientes. Las estructuras de apoyo a la investigación deberían contribuir a superar esta dificultad, así como las que se describen a continuación.

#### **Falta de experiencia:**

Las consecuencias de la falta de experiencia investigadora son múltiples. En ocasiones, los protocolos pretenden recoger tal cantidad de datos que el médico dedica un esfuerzo y un tiempo desproporcionados e innecesarios a una recogida de información, a veces, alejada del objetivo principal del estudio o de escaso interés. En otras ocasiones, el reclutamiento de pacientes puede resultar extraordinariamente difícil, bien porque los criterios de selección resultan excesivamente restrictivos, bien porque se generaron unas expectativas demasiado altas sobre la capacidad y el tiempo de los médicos para reclutarlos, o por otros motivos. Con el fin de evitar en la medida de lo posible estas dificultades, las estructuras de investigación del SNS deberían prestar apoyo sobre estas cuestiones.

#### **Voluntarismo:**

La falta de reconocimiento y apoyo a la actividad investigadora por parte del SNS obliga a realizar trabajos cuyos objetivos son difíciles de alcanzar con el mero voluntarismo de los investigadores. El esfuerzo no reconocido puede generar actitudes de rechazo a participar en ulteriores experiencias investigadoras.

### **4. Dificultades para conseguir financiación pública**

#### **Convocatorias de instituciones públicas y criterios de evaluación no adaptadas a las necesidades y las condiciones de la APS:**

Las instituciones públicas han mostrado poco interés por financiar ensayos clínicos con

medicamentos. Éstos han sido considerados como estudios cuya financiación corre a cargo de la industria farmacéutica. De este modo queda desatendida la evaluación de estrategias con medicamentos que requieren evaluaciones en las condiciones habituales de uso y se resiente el estudio de la efectividad de los fármacos que son utilizados en nuestro medio.

#### **Escasez de recursos objeto de convocatoria:**

En comparación con las cantidades de dinero destinadas por las instituciones públicas de otros países, las que destina nuestra administración pública para financiar los proyectos de investigación son escasas. Recientemente, el Ministerio de Sanidad (a través del Instituto Carlos III) ha reservado una importante cantidad de dinero para la investigación «huérfana» (no con medicamentos huérfanos), la que no interesa a los patrocinadores habituales. En estos momentos es considerable la cantidad de dinero invertida por el ISCIII (Ministerio de Sanidad) en las redes temáticas de investigación cooperativa. Concretamente la financiación de una red propia de APS, y de grupos que incluyen investigadores de APS en otras redes puede contribuir a un cambio en el panorama investigador.

### **5. Regulación legal de la investigación**

#### **No existe una Ley sobre Investigación Biomédica (o Clínica):**

La no existencia de un marco legal de mínimos sobre investigación clínica al que se deba y pueda ajustar cualquier proyecto (epidemiológico descriptivo o analítico, prospectivo o retrospectivo, no relacionado con medicamentos, de revisión de Historias Clínicas, determinaciones en muestras biológicas [estudios genéticos u otros]) hace que los organismos o instituciones –incluso los Comités de Ética en Investigación Clínica– exijan la aplicación de la legislación sobre ensayos clínicos con medicamentos. Sin embargo, leyes de carácter general como la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley Orgánica de Protección de Datos exigen determinados

requisitos en caso de investigación que, quizá por desconocimiento del tema, a veces dificultan de forma «irracional» el acceso a información relevante para la investigación en el SNS. Por otro lado, el respeto a los principios éticos básicos debe ser obligado en todos y cada uno de los casos, pero el grado de exigencia o las excepciones deben ser justificadas

#### **Directiva europea y Real Decreto 223/2004 sobre ensayos clínicos con medicamentos y las BPC:**

La actual legislación europea y española sobre ensayos clínicos con medicamentos son imposibles de cumplir por investigadores particulares y muchas sociedades científicas. Es obvio que deben hacerse diferencias en algunos requisitos, aunque en todo caso deban cumplirse unos mínimos, actualmente no definidos, sobre todo para la protección particular de los participantes y en cuanto a las prioridades del SNS. Las actuales normas de buena práctica clínica tienden a elevar las exigencias de tal manera que no parecen haber tenido en cuenta la necesidad de promover la investigación de promoción independiente en APS.

#### **Directrices y normativas autonómicas sobre EPA:**

Las normativa sobre estudios con medicamentos ya autorizados pretenden evitar los estudios de inducción a la prescripción. No obstante estas normas también están dificultando, de manera indeseable, la realización de estudios sobre la efectividad de los fármacos habitualmente utilizados. En algunas CC.AA. es más complicado hacer un EPA que un ensayo clínico. No podemos olvidar que la calidad de los EPA que habitualmente llegan proceden de los departamentos de *marketing* de la industria y tienen dudoso interés para el avance en el conocimiento y muy poca o nula calidad científica. Éste es uno de los aspectos que más daño han hecho al desarrollo de la investigación en APS, y que debiera desaparecer de nuestro entorno. Es importante separar todo lo que es

el *marketing* de fármacos de la promoción de la investigación en APS. Y si en algún momento el mejor diseño es un EPA, éste debe ser diseñado para responder de forma clara a alguna pregunta de interés para la APS, sin que dé lugar a dudas sobre la inducción de prescripción. Es decir que en una razón beneficio/coste, sea indiscutiblemente muy superior el numerador.

## LA ESTRATEGIA DE LA PROMOCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN APS

### *Propuestas para superar las dificultades:*

#### **Conceptuales:**

- Priorizar las necesidades de conocimiento en base a la realidad e incertidumbres específicas en cada área (tanto de área geográfica [servicios de salud de las CC.AA.] como de conocimiento [por patologías o problemas de salud]).
- Primar los proyectos que plantean la resolución de incertidumbres en la práctica habitual y que faciliten la aplicación de los resultados a las condiciones reales de trabajo.
- Promover el rigor metodológico de los estudios y que éstos adopten el diseño más adecuado para responder las preguntas de interés con la máxima garantía científica.
- Prestar especial cuidado en la selección de los centros y profesionales participantes en los proyectos de investigación y promover el seguimiento de los estudios que se realicen en cada área de salud u otros (publicaciones, memorias, etc...).
- Dedicar una parte de los presupuestos para monitorización y control de calidad.
- Promover la comunicación y la retroalimentación continuada con los médicos participantes en los proyectos, mediante boletines informativos, informes periódicos, etc., aprovechando las oportunidades que ofrece la telemática.
- Concebir la investigación clínica como parte de la Formación Médica Continuada.
- Impulsar y potenciar la presencia de la Medicina Familiar y Comunitaria en la Universidad, incluyendo que los estudiantes de pregrado hagan prácticas en Centros de Salud.

#### **Resistencias y debilidades de las instituciones prestadoras de servicios sanitarios:**

- Establecer objetivos generales e institucionales de investigación.
- Primar la actividad de investigación, a través de un incremento de los recursos humanos y materiales de los equipos y centros de APS que realizan investigación orientada a problemas.
- Liberar recursos humanos para la investigación (sobre todo dedicaciones parciales de cuantía variable, de modo progresivo, etc., ligado a la carrera profesional).
- Establecer incentivos de carrera profesional a la investigación.
- Reforzar las alianzas entre organizaciones prestadoras y universidades (Medicina Familiar, Farmacología Clínica, Epidemiología, etc.). Potenciar el papel de las sociedades científicas para promover la investigación.

#### **Operativas y financieras:**

- Potenciar y/o crear estructuras de apoyo a la investigación. Revisar la experiencia y extender las experiencias positivas de unas CC.AA. a otras donde no las hay.
- La investigación necesita (fuerte) apoyo y financiación, que deben proceder sobre todo de las organizaciones prestadoras de servicios (que deberían ser las primeras interesadas en conocer los resultados de su actividad).

#### **Regulación legal de la investigación:**

- Identificar los aspectos legislativos, tanto estatales como de las CC.AA., que deberían ser modificados para facilitar la investigación de calidad en APS, en el marco del cumplimiento de los principios éticos. Se podría tomar como modelo, en lo aplicable, las legislaciones sobre investigación en seres humanos de países occidentales (EE.UU.) y las recomendaciones de organismos internacionales a los que pertenecemos (Consejo de Europa, OMS, CIOMS)

## Plataforma para la promoción de la investigación en APS

Los presentes en la reunión deciden constituirse en plataforma para impulsar la investigación clínica en APS, y para tal fin se comprometen a buscar el apoyo explícito de las instituciones de las que forman parte. Se proponen las siguientes actividades para la promoción de la investigación en APS:

- Coordinar sus esfuerzos para activar esta plataforma.
  - Promover la investigación independiente que produzca resultados fácilmente aplicables a la práctica clínica habitual y que resuelva incertidumbres relevantes.
  - Promover el intercambio de experiencias en investigación en APS mediante futuras reuniones y la comunicación electrónica.
  - Definir los términos generales de un modelo organizativo para la promoción de la investigación en APS.
  - Identificar a interlocutores apropiados para promover los cambios necesarios.
  - Aunar esfuerzos y coordinar las acciones destinadas a vencer la falta de apoyo e incentivación de los responsables de las Administraciones Sanitarias y de los organismos gestores de las entidades prestadoras de servicios.
    - Aunar los esfuerzos en cada CC.AA.:
      - Buscando respaldo explícito de sociedades, instituciones, organismos públicamente interesados, para dirigirse a los responsables políticos de las CC.AA. (consejeros).
      - Ofreciendo colaboración para proyectar y planificar la gestión con los responsables de CCAA.
    - Invitar a las sociedades científicas potencialmente interesadas en la promoción de la investigación en APS a conocer la plataforma: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) Sociedades Españolas de Pediatría, Farmacología Clínica, Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP), Enfermería, Directivos de Atención Primaria (SEDAP), etc...

- Examinar las posibilidades de contactar con asociaciones de pacientes.

1. Fernández I. ¿Investigación en atención primaria? *Aten Primaria* 2003; 31: 281-284.

2. Anónimo. Is primary-care research a lost cause? *Lancet* 2003; 361: 977.

3. De Maeseneer JM, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003; 362: 1.314-1.319.

### Firmantes

José Miguel Baena. *ICS.SCMFIC. Barcelona*

Estrella Barceló. *SAP Sant Andreu. ICS. Barcelona*

Carles Brotons. *CAP Sardenya. SCS. Barcelona*

Eduard Diogène. *Fundació Institut Català de Farmacologia. Barcelona*

Ramón Estiarte. *AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. Madrid*

Isabel Fernández Fernández. *SemFYC. Sevilla*

Inés Galende. *Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid*

Agustín Gómez de la Cámara. *Hospital 12 de Octubre. Madrid*

Tomás Gómez Gascón. *Area 11 de Atención Primaria. Madrid*

Carmen González. *Fundación AstraZeneca. Madrid*

Javier Jiménez. *AstraZeneca Farmacéutica Spain, S.A. Madrid*

Joan-Ramon Laporte. *Fundació Institut Català de Farmacologia. Barcelona*

Carles Llor. *CAP Jaume I. SCMFIC. Tarragona*

Manuel Martín. *Fundación AstraZeneca. Madrid*

África Mediavilla. *Sociedad Española de Farmacología Clínica. Santander*

Carmen Moliner. *SemFYC. Madrid*

Inés Montiel Higuero. *Dirección de Atención Primaria Área 18. Alicante*

Alfonso Moreno. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid*

Claudia Morralla. *Fundació Institut Català de Farmacologia. Barcelona*

Flora Pérez Hernández. *Servicio Cántabro de Salud. Santander*

Manuel Portela Romero. *SERGAS. Santiago de Compostela*

Joan Puig Barberá. *Centro de Salud Pública de Castellón. Castellón*

Jesús Pujol. *SCMFIC. Barcelona*

Dolores Rodríguez. *Fundació Institut Català de Farmacologia. Barcelona*

Isabel Sastre. *Consejería de Salud del Principado de Asturias. Arriendas (Asturias)*

Pascual Solanas. *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Girona*

Patricio Suárez. *Consejería de Salud del Principado de Asturias. Oviedo*

Javier Velasco. *Centro de Salud Ciudad de los Periodistas. Madrid*

Ernest Vinyoles. *Fundación Jordi Gol i Gurina. AGICAP. Barcelona*