

# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.elsevier.es/ad](http://www.elsevier.es/ad)



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

### Geoffrey Rose y cómo estimular la investigación clínica en la Dermatología española

### Geoffrey Rose and How to Foster Clinical Research in Spanish Dermatology

I. García-Doval

Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España  
Disponible en Internet el 8 de julio de 2010

Geoffrey Rose (1926–1993) fue un genio; veinte años después de plantear sus ideas siguen siendo frescas, simples y aplicables a muchos aspectos de nuestra vida. Rose fue clínico y profesor de epidemiología de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* (fig. 1). Esta doble percepción de la medicina influyó en su concepto de que la enfermedad puede estudiarse individual y

socialmente; existen individuos enfermos y sociedades enfermas. Las medidas para mejorar la salud orientadas hacia el individuo o la población son diferentes y obtienen resultados distintos.

#### Geoffrey Rose: individuos enfermos y sociedades enfermas

Las causas de las enfermedades, como las exposiciones al tabaco, al alcohol o al sol, también pueden verse desde una perspectiva individual o social. Los clínicos solemos adoptar la perspectiva individual (¿por qué este paciente está enfermo?), mientras la salud pública suele adoptar la perspectiva social (¿por qué la enfermedad es más frecuente en este grupo?). Cuando los problemas se estudian en el ámbito social, Rose nos explicó que las exposiciones nocivas suelen tener una distribución amplia, variando el grado de exposición de cada individuo. Un ejemplo clásico es el consumo de alcohol: muchos bebemos alcohol, aunque sólo un pequeño porcentaje de la población son «bebedores problema»; pero estos no son un grupo aparte, sino que representan la punta del iceberg de un problema social. Lo mismo sería aplicable a la exposición solar. Es muy difícil describirlo de forma más clara que Rose<sup>1</sup>:

«Los problemas de las minorías enfermas suelen considerarse como si su existencia fuese independiente del resto de la sociedad. Los alcohólicos, drogadictos, camorristas, vándalos y criminales, los obesos, los discapacitados, los enfermos mentales, los pobres, los sin hogar, los desempleados, los hambrientos, ya sea en nuestra proximidad o en

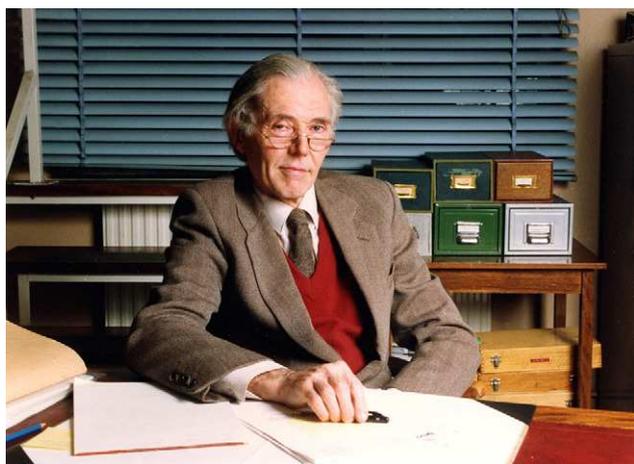


Figura 1 Geoffrey Rose. Reproducida con permiso de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*.

Veáse contenido relacionado en DOI: S0001-7310(10)00231-0  
Correo electrónico: [ignacio.garcia.doval@sergas.es](mailto:ignacio.garcia.doval@sergas.es)

el tercer mundo se ven como grupos problema, diferentes y separados del resto de la sociedad.

*Esta postura exonera cómodamente a la mayoría de cualquier culpa por las desviaciones, y ofrece como solución la caridad o la provisión de servicios especiales. Esto es mucho menos exigente que admitir la necesidad de un cambio general o socioeconómico.*

*Los grupos problemáticos no surgen independientemente del resto de la sociedad. Por el contrario, el consumo medio de alcohol predice el número de bebedores excesivos, la presión arterial media predice la prevalencia de hipertensión, la salud mental media de una población predice la carga de enfermedad psiquiátrica, etc. Estos son hechos que nos indican que la aparición de grupos con manifestaciones extremas refleja características que afectan a toda la población, y su prevención requiere una implicación colectiva. Como escribió Dostoievsky, 'todos somos responsables de todos'». (Pág. 130).*

Esta unión imperceptible con nuestro entorno se produce porque existen fuerzas que hacen que las sociedades tiendan a la homogeneidad. Aunque la variabilidad dentro de una sociedad tiene aspectos positivos, permitiendo que se adapte cuando cambia el entorno, los grupos son poco tolerantes con lo distinto<sup>1</sup>:

*«La sociedad no es una mera colección de individuos, sino también una colectividad y el comportamiento y salud de sus miembros son influidos poderosamente por las características del grupo y por sus normas». (Pág. 62).*

*«Las normas sociales constriñen de forma rígida nuestra forma de vida, y los que las transgreden pueden esperar problemas. Podríamos pensar que nuestra forma de vida es fruto de nuestra elección, pero con frecuencia no es así. Es difícil ser no-fumador en un entorno de fumadores, o viceversa, y puede ser muy difícil comer de forma distinta a nuestra familia. Las normas sociales marcan unos rígidos límites a la diversidad». (Pág. 129).*

A la hora de actuar ante la enfermedad y sus causas puede adoptarse una orientación individual o social. Para los problemas que afectan a sectores importantes de la población, la orientación social suele ser mejor. Si se quiere cambiar un grupo es más eficaz a largo plazo cambiar la norma que actuar sobre las minorías con comportamientos extremos de la población. El ejemplo del tabaco es paradigmático: intentar que cada uno de los fumadores abandone su hábito a través de las consultas médicas supone un ejemplo de enfoque individual, mientras que cambiar la normativa legal es un ejemplo de enfoque poblacional. En el último caso, tras un periodo de rechazo, la nueva situación se convierte en norma social estable. Surgen también cuestiones éticas y las llamadas paradojas de la prevención: una medida con un enfoque individual, que produce un gran beneficio a los individuos afectados, puede tener un impacto mínimo en la población. Una medida poblacional, que produce un gran beneficio a la comunidad, genera un beneficio escaso a cada individuo.

## La escasa producción de investigación clínica dermatológica en España: dos vías para mejorar

¿Qué tiene que ver esto con la Dermatología y la investigación clínica? Las ideas de Rose son también

aplicables a aspectos positivos, a cuestiones sociales (como la violencia) e incluso a banalidades (como la moda). Por ejemplo, el gasto medio en juegos de azar de un país se relaciona estrechamente con el porcentaje de ludópatas, y el nivel medio de conocimiento de matemáticas con el porcentaje de matemáticos sobresalientes<sup>2</sup>. Probablemente el grado medio de conocimiento e implicación en investigación clínica de un grupo se relacione con su número de investigadores sobresalientes.

El artículo de Aranegui et al<sup>3</sup> en este número de Actas nos señala varios aspectos mejorables de la producción científica de los dermatólogos españoles. Producimos poca investigación clínica, de acuerdo con la definición empleada. Dentro de la investigación clínica la gran mayoría tiene un nivel de evidencia 4, es decir, se corresponde con una benevolente definición de las series de casos (más de dos casos) como investigación clínica. La investigación con nivel de evidencia más alto ( $\leq 3$ ) (excluyendo los casos clínicos y respondiéndolo a un diseño epidemiológico) sólo supone el 6% de las publicaciones de dermatólogos españoles en las revistas extranjeras, y son excepcionales los artículos con gran nivel de evidencia: aquellos con más potencial para guiar nuestra actuación. Esta situación no ha cambiado en el largo periodo estudiado. La comparación con otros grupos nos muestra diferencias muy llamativas con grupos como los reumatólogos españoles (que nos superan en el porcentaje de investigación clínica, en el porcentaje con alto nivel de evidencia y en la productividad en relación con el número de miembros del grupo) o los dermatólogos ingleses (con una productividad mucho mayor en términos de artículos de alto nivel de evidencia). Estos resultados sugieren que la situación es mejorable y que, entre los factores que influyen en ella, hay algunos propios del país y otros inherentes de la especialidad que merecerían un estudio más profundo. El hecho de que dediquemos mucho tiempo a realizar descripciones de casos clínicos es positivo, pues indica que existe una inquietud. Todo este tiempo, con más rigor metodológico, podría ser mucho más productivo para generar resultados de salud para nuestros pacientes<sup>4</sup>. Probablemente esta sea la mayor debilidad de nuestra especialidad, y es más sorprendente cuando sabemos que la Dermatología española se nutre de médicos brillantes. Pero es difícil separarse del grupo y hacer algo distinto.

¿Qué podemos hacer para incrementar la producción española de investigación clínica? Podemos adoptar una orientación «terapéutica» individual, es decir, dirigir los esfuerzos y el estímulo de forma focalizada a los grupos que producen buena investigación; este es el método más aplicado actualmente. Servirían como ejemplos las convocatorias competitivas de ayudas, o los premios de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). Rose nos explicó que el enfocar nuestra atención en los individuos que se salen de la norma tiene ventajas, ya que habitualmente es más factible y conlleva un coste menor. También tiene serios inconvenientes, como las dificultades propias de exigir que alguien se comporte de forma diferente al grupo al que pertenece, o el no modificar las causas de los problemas, generando soluciones cuyo efecto es de duración limitada.

Un enfoque distinto, y complementario, es el poblacional. En el caso de la investigación se trataría de aumentar ligeramente el nivel medio de formación y experiencia en

este campo de toda la población de dermatólogos españoles. Convertir la investigación clínica en algo más próximo a la Dermatología conllevaría, con el tiempo, un aumento sostenido de la investigación clínica y la aparición de más grupos de excelencia. Es muy probable que estas medidas sean más aceptables socialmente y más eficaces a largo plazo.

## Propuestas concretas

¿Cómo puede esto llevarse a cabo? Hacer buena investigación clínica es una tarea que exige la colaboración de clínicos con formación y epidemiólogos. Creo que los pasos siguientes serían importantes:

1. Extender entre los dermatólogos un nivel mínimo de formación en investigación clínica. Me parece que, en este sentido, hay dos aspectos especialmente relevantes: la extensión geográfica y ajustar el nivel de formación para que sea útil incluso para los que no van a hacer investigación.

En cuanto a la extensión geográfica lo ideal sería que en todos los servicios haya al menos un médico, con vinculación estable, con un nivel mínimo de formación y actividad investigadora, que pueda servir de ayuda y modelo. Para conseguir esto a medio plazo debemos aprovechar la oportunidad que ofrece el periodo de residencia, tanto por la receptividad de los residentes como porque su plan de estudios incluye formación obligatoria en este tema. En el Reino Unido, por ejemplo, todos los residentes deben asistir a un curso básico que combina la metodología de la investigación y la Medicina basada en la evidencia. Lo ideal sería asegurarnos de que cada residente tenga la formación necesaria y haya participado, al menos, en un trabajo de investigación clínica al recibir su título.

En cuanto al contenido de la formación es importante considerar la paradoja de la prevención. Si formamos a muchos dermatólogos en investigación obtendremos una mejora en el grupo, pero con un beneficio individual escaso. Muchos tendrían que aprender conceptos y habilidades que luego no utilizarían, lo que lógicamente generará resistencias. Para evitar esto es importante que el contenido de la formación se centre en aquellos aspectos que son útiles tanto para la investigación (que harán pocos), como para la interpretación de los resultados de la investigación (algo que harán todos). Para hacer buena investigación no es necesario (ni rentable) que los clínicos sean expertos en epidemiología; sólo necesitan los conocimientos mínimos para generar temas de investigación e interactuar con facilidad con epidemiólogos. Estos conocimientos pueden serles muy útiles en su día a día clínico.

2. Generar estructuras de apoyo a la investigación. El complemento de unos clínicos con una formación epidemiológica básica deben ser epidemiólogos bien formados y accesibles. Además es bueno que los

epidemiólogos tengan cierto conocimiento del campo clínico a estudiar, porque facilita la sinergia con los clínicos. Quizás esta sea nuestra principal diferencia con los dermatólogos del Reino Unido y los reumatólogos españoles, lo que explica parte de su productividad. En el Reino Unido existe una gran tradición epidemiológica y unas estructuras de apoyo a la investigación muy importantes y de fácil acceso. Los reumatólogos españoles disponen de una Unidad de Investigación (de la Sociedad Española de Reumatología) que ha demostrado ser muy fructífera y extiende su apoyo por toda España.

3. Otros cambios para estimular la investigación clínica serían favorecer la interacción entre investigadores y aumentar el reconocimiento social.

Para facilitar la comunicación entre investigadores clínicos es importante disponer de información sobre otros centros y médicos que trabajan en el mismo campo, así como la posibilidad de visitar estos centros y contactar con otros investigadores para colaborar y que unos actúen como modelo para otros.

En cuanto al reconocimiento social de la investigación clínica, algunos factores importantes están fuera de nuestro alcance, como sería el aumentar su peso dentro de la carrera profesional o el estímulo dentro del Sistema Nacional de Salud. Otros son más fácilmente modificables: nuestras sociedades podrían financiar estudios o aumentar la visibilidad de la investigación clínica. Por ejemplo, podrían resaltarse en los congresos las comunicaciones de investigación clínica o agruparlas dándoles prominencia en este tipo de actos.

La AEDV y su Fundación pueden desempeñar un importante papel en muchas de estas propuestas. En los últimos años la Dermatología española ha crecido y mejorado; es el momento de tomar las medidas que nos hagan subir el siguiente peldaño y aumentar, de forma estable, la investigación clínica dermatológica española de alto nivel.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Rose G. Rose's strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 2008.
2. Khaw KT, Marmot M. Commentary. En: Rose G, editor. Rose's strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 3-30.
3. Aranegui B, García-Doval I, García-Cruz A. Evolución de la investigación clínica publicada por los dermatólogos españoles y comparación con otros grupos en 2008. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101 [En este número].
4. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374:86-9.