

Especialidad

**Resumen de la II Jornada FAECAP por la
especialidad de EFyC y IV Encuentro Nacional
EIR de EFyC 7**



Original

Evaluación de la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica basado en la utilización de tecnología 2.0 llevado a cabo en el Centro de Salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias) **14**

Una aproximación rigurosa a la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. La eficiencia como prioridad **24**

Cuidados

Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Visión desde Enfermería de Atención Primaria **36**

Colaboración

La falsificación de medicamentos y la venta en Internet, un problema de salud pública **43**

El laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud **47**

Actualidad

Nueva Junta Directiva de SEAPA **49**



Entidad editora:

SEAPA (Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias)

Directora:

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Coordinador técnico:

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)

Teléfono: 615 761 501

E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org

Web: www.seapaonline.org

Maqueta: Javier González Pisano
María Rodríguez Fernández

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

M^a Ángeles González Fernández
Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León)

Susana Navalpotro
Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Rosendo Argüelles Barbón
Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Francisco Javier Izurubieta Barragán
Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño)

Sheila Sánchez Gómez
Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava)

Manuel Rich Ruíz
Vicedecano de Coordinación Académica y Extensión Universitaria. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba (Córdoba)

Laura Albornos Muñoz
Unidad de Investigación en Cuidados de la Salud del Instituto de Salud Carlos III (Madrid)

Cristina González Aller
Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Comité de Redacción:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana González Pisano
Centro de Salud de La Espina (Salas)

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

Marta Pisano González
Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Carmen Teresa Velasco González
Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud de Asturias (Oviedo)

Rosario Riestra Rodríguez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Fernando Alonso Pérez
Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón (Gijón)

Emilio Velasco Castañón
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo (Oviedo)

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo)

Sofía Osorio Álvarez
Hospital de Cabueñes (Gijón)

Rosendo Argüelles Barbón
Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Cristina González Aller
Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Comité Científico:

Santiago González Sánchez

Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez

Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Belén Fernández Suárez

*Servicio de Planificación, Calidad y Aseguramiento.
D.G. de Innovación Sanitaria. Consejería de Salud
(Oviedo)*

Raquel Pérez Otero

SESPA, Área I. (Jarrio)

Marta Pisano González

Centro de Salud de Ujo (Figaredo)

Enrique Oltra Rodríguez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Rosario Riestra Rodríguez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Emilia Romero de San Pio

*UCI. Hospital Universitario Central de Asturias
(Oviedo)*

Fernando Alonso Pérez

*Escuela Universitaria de Enfermería de Gijón
(Gijón)*

Carmen Teresa Velasco González

*Jefa del Sección del Servicio de Calidad de la D.G. de
Calidad e Innovación en los servicios de salud de la
Consejería de Salud de Asturias (Oviedo)*

Emilio Velasco Castañón

Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega

Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo

*Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo
(Oviedo)*

Sofía Osorio Álvarez

Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia

UGC de Sotrondio (Sotrondio)

Charo G^a-Cañedo Fernández

Centro de Salud Otero (Oviedo)

M^a Ángeles González Fernández

*Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria
del área del Bierzo (León)*

Susana Navalpotro

Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Francisco Javier Izurubieta Barragán

*Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio
Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño)*

Sheila Sánchez Gómez

*Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la
Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente
de Álava (Álava)*

Manuel Rich Ruíz

*Vicedecano de Coordinación Académica y Extensión
Universitaria. Facultad de Medicina y Enfermería.
Universidad de Córdoba (Córdoba)*

Laura Albornos Muñoz

*Unidad de Investigación en Cuidados de la Salud
del Instituto de Salud Carlos III (Madrid)*

Bambú Japonés



"No hay que ser agricultor para saber que una buena cosecha requiere de buena semilla, buen abono y riego constante; y que una facultad que ha de tener el agricultor es la paciencia, especialmente si decide cultivar Bambú Japonés, ya que, a pesar de todos estos cuidados, durante los primeros meses no sucede nada apreciable; en realidad no sucede nada con la semilla durante los primeros siete años, sin embargo y de manera sorprendente, pasado ese tiempo y en un periodo de solo seis semanas, la planta puede llegar a crecer más de 30 metros".

Afortunadamente, no ha tenido que transcurrir tanto tiempo como en el **Cuento Zen del Bambú Japonés** para que en "**RqR Enfermería Comunitaria**" obtengamos nuestras primeras cosechas y nuestros primeros éxitos. Por ello, desde el Comité Editorial de nuestra revista y desde la Junta de SEAPA, queremos dedicar esta Editorial a todos nuestros lectores, autores, revisores y colaboradores que con la paciencia, la dedicación y la perseverancia, tal que agricultor de Bambú Japonés, han conseguido que en solo dos años nuestra revista haya obtenido una valoración muy positiva por distintas y prestigiosas agencias de publicaciones científicas, siendo incluida en plataformas y portales bibliográficos de ámbito nacional y otros de habla hispana, de reconocido prestigio. Sin vuestra ayuda y vuestro apoyo nada hubiera sido posible.

Actualmente, la revista ya está incluida en:

- **e-Revistas:** Plataforma Open-Access de Revistas Electrónicas Españolas y Latinoamericanas. Avalada por el Gobierno de España y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). El enlace a los artículos de la revista "RqR Enfermería Comunitaria" está disponible en la sección de Ciencias de la Salud en: http://www.erevistas.csic.es/ficha_revista.php?oai_iden=oai_revista1211&anyo=2013
- **Dialnet:** Uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre y gratuito, cuyo principal cometido es dar visibilidad a la literatura científica hispana en internet. Cuenta con una base de datos exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, que permite el depósito de contenidos a texto completo. El enlace a los artículos de la revista "RqR Enfermería Comunitaria" está disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=21853>
- **Catálogo C17:** es un catálogo colectivo que agrupa las colecciones de publicaciones periódicas en Ciencias de la Salud de 500 bibliotecas españolas. Está centralizado y es consultado a través de internet. El enlace a los artículos de la revista "RqR Enfermería Comunitaria" está disponible a través de la Biblioteca Virtual de Salud del Principado de Asturias (gcSalud) en:
http://bvgcsalud.c17.net/index.php/catalogo/catalogoGrupo/action/listFondos/?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:ctx&rft_id=info:sid/www.c17.net:jou:51172
- **Repositorio Institucional de Asturias (RIA):** se enmarca en el movimiento internacional de Open Access Initiative (OAI) y alberga y gestiona documentación digital en acceso abierto. El enlace a los artículos de la revista "RqR Enfermería Comunitaria" está disponible en: <http://ria.asturias.es/RIA/index.jsp>

- **Biblioteca de la Universidad de Oviedo:** repositorio institucional de la Universidad de Oviedo. El enlace a los artículos de la revista "RqR Enfermería Comunitaria" está disponible en:

http://sfx.sheol.uniovi.es:3210/sfxlcl3/az?param_sid_save=bfe55d268c9899446fae4c81aab08faa¶m_letter_group_script_save=¶m_current_view_save=table¶m_textSearchType_save=contains¶m_chinese_checkbox_type_save=Pinyin¶m_lang_save=spa¶m_letter_group_save=¶m_perform_save=searchTitle¶m_chinese_checkbox_save=0¶m_services2filter_save=getAbstract¶m_services2filter_save=getFullTxt¶m_services2filter_save=getSelectedFullTxt¶m_jumpToPage_save=1¶m_type_save=textSearch¶m_langcode_save=en¶m_type_value=textSearch¶m_jumpToPage_value=¶m_pattern_value=RqR+Enfermer%C3%ADa+Comunitaria¶m_textSearchType_value=contains¶m_starts_with_browse_value=0¶m_ui_control_scripts_value=¶m_chinese_checkbox_value=0

Deseamos destacar, que **RqR Enfermería Comunitaria**, por su carácter científico, tiene especial interés para estudiantes del grado, máster o doctorado de enfermería, así como para enfermeros y enfermeras que desempeñan su labor profesional tanto en la docencia, como en la asistencia, en la investigación y en la gestión.

También, cabe recordar, que nuestra publicación no sólo va dirigida a la Comunidad enfermera sino que puede ser interesante, dado que está centrada en temas de salud, para cualquier otro profesional relacionado con las Ciencias de la Salud (médicos, sociólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc.).

Hemos de indicar que se admiten diversos tipos de artículos como originales, originales breves, revisiones sistemáticas, etc., cuyas normas pueden consultarse en el siguiente enlace

<http://www.seapaonline.org/pagina/58-normas-de-publicacion>

Cumple con diversos criterios de calidad como disponer de un riguroso circuito editorial, revisión ciega por pares, constar de un ISSN y un depósito legal en la Biblioteca de Asturias y en la Biblioteca Nacional, etc.

No debemos olvidar que también **puntuá en el SESPA**, por lo que es importante, que todos los interesados y/o demandantes de empleo que deseen recibir puntuación por sus publicaciones, atendiendo a los criterios del nuevo **Baremo de contrataciones del SESPA**, deberán presentar certificado expedido por nuestra Asociación donde se acredite la autoría del artículo y su publicación.

Indicar que ponemos a vuestra disposición la dirección de correo electrónico de nuestra secretaría, a donde deberán ser dirigidas las peticiones adjuntando los siguientes datos: **Datos personales, DNI, título del artículo publicado, volumen de la edición y fecha de publicación.**

secretaria@seapaonline.org

Por todo ello, en ésta edición de verano ,hemos querido transmitir nuestro agradecimiento y haceros partícipes de nuestra alegría por haber compartido y publicado vuestras experiencias, reflexiones, trabajos e investigaciones en nuestras páginas, y deseamos animaros a seguir haciéndolo, ya que nos permite crecer profesionalmente y en autonomía.

Siempre es un buen momento para publicar, para investigar y para compartir experiencias y trabajos con toda la Comunidad enfermera, aunque ahora ,sí deseas **aumentar tu puntuación en el Baremo de Contrataciones del SESPA**, lo es especialmente, ya que por cada publicación puedes llegar a puntuar hasta **0.50 puntos**; no debes dejar pasar la oportunidad, envíanos tus trabajos, estaremos encantados de poder publicarlos y compartirlos en nuestra revista.

¡¡Adelante, te estamos esperando!!

Carmen Santano Vilchez

Directora de RqR Enfermería Comunitaria

Resumen de la II Jornada FAECAP por la especialidad de EFyC y IV Encuentro Nacional EIR de EFyC

Madrid 30 de Mayo de 2014

Marta I. Villamil Díaz (C.S. Cudillero)

Angel Miguel Redondo (C.S de Infiesto)

Cristina Obaya Prieto (C.S Zarracina (Gijón))

Cómo citar este documento

Villamil Díaz Marta I, Miguel Redondo A, Obaya Prieto C. Resumen de la II Jornada FAECAP por la Especialidad de EFyC y IV Encuentro Nacional EIR de EFyC. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Ago; 2 (3): 7-13

Desarrollo

El 30 de Mayo de 2014 se celebraron en Madrid las II Jornadas de FAECAP por la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y el IV Encuentro Nacional de EIR, un acto interesante y esclarecedor en el que las doscientas personas asistentes pudieron escuchar y participar en las diferentes mesas.

En primer lugar, el presidente de FAECAP Javier Carrasco nos da la bienvenida y recalca que FAECAP es una federación que representa a 13 sociedades de Enfermería Familiar y Comunitaria haciendo un repaso de las principales acciones llevadas a cabo recientemente como han sido reuniones con el Ministerio Sanidad y Servicios Sociales en las que se ha solicitado que FAECAP esté presente en los foros y mesas de negociación junto con los agentes sociales, una definición de los puestos de trabajo y categoría profesional para nuestra especialidad, una unificación de Unidades Docentes en cuanto a funcionamiento y creación en ellas de la subcomisión de Enfermería.

Por último y antes de dar paso al inicio de las mesas redondas, hace referencia también al comunicado hecho público por FAECAP y AEC manifestándose en contra del cronograma propuesto por el Ministerio de Sanidad respecto a las especialidades de Enfermería.

En el mismo sentido se han manifestado también:

- Consejo General de Enfermería
- Forum Enfermero del Mediterráneo



1. 1ª MESA-Presente y futuro de la especialidad EFyC

Juan Antonio López Blanco. *(Subdirector General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad)*

Basó su discurso en la escasa planificación de recursos humanos sanitarios que tiene el Ministerio de Sanidad. En su opinión se precisaría un estudio actualizado de estos recursos, como una manera de conocer las necesidades futuras de profesionales en términos de habilidades y competencias para la asistencia de la población.

Por ello, recalcó que existe cierta dificultad ya que, el itinerario formativo tanto de la formación universitaria de enfermería como de la formación especializada depende de varias instituciones:

- **Formación de grado:** Ministerio de Educación, Universidad, Ministerio de Sanidad y Comunidades Autónomas.
- **Formación Sanitaria Especializada:** Ministerio de sanidad, Comunidades Autónomas y Unidades Docentes
- **Formación continuada:** Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad.

Hizo mención a la importancia de una adecuada planificación de la formación e itinerarios según la normativa Europea en cuanto a:

- **Planificación cuantitativa:** Ratio de profesionales en Europa
- **Planificación cualitativa:** Especialidades reconocidas en Europa

Teniendo en cuenta la variable oferta/demanda:

- Tasa de reposición de profesionales, por jubilación, migración,...
- Población atendida, necesidades especiales,...
- Modelos de asistencia sanitaria (en la Unión Europea existen diferentes modelos)
- Adecuar la oferta de formación de profesionales según los puestos que se necesita cubrir.
- Procurar que la inversión en formación (MIR, EIR) resulte productiva al Sistema adecuando:
 - Competencias profesionales
 - Especialidades de enfermería (formar los necesarios de cada especialidad)
 - Revisar si es necesaria la transferencia de tareas profesionales.
 - Cambios en la estructura organizativa asistencial que están influyendo en necesidades:
 - Ampliación de Jornada para los funcionarios.
 - Ampliación de vida laboral (retraso jubilación)

Sobre la creación del título de especialista, explicó que el plan formativo no genera categoría profesional y que ésta depende de los departamentos de recursos humanos de las diferentes comunidades autónomas. Aclaró también que el Real Decreto establece la vía transitoria, y que no es aconsejable imitar los modelos de otros especialistas ni generalizar al enfermero/a especialista en Atención Primaria ya que seguirán existiendo enfermeros no especialistas, a los cuales consideran imprescindibles para cubrir las necesidades del sistema, preguntándose las diferencias que puedan existir entre las competencias desarrolladas entre un graduado y un especialista.



Para el Ministerio de Sanidad resulta imprescindible revisar las necesidades y ratio médico/enfermera (reconoció que en España este ratio es un tercio del de la Unión Europea) y mejorar los datos de registro de profesionales ya que la oferta de plazas de enfermeras para las diferentes especialidades no son el resultado de la planificación de necesidades de los servicios de salud, exponiendo el dato de que existen 41.322 solicitudes de enfermeras para optar al exámen por la vía excepcional para la especialidad de Enfermería FyC y 120 titulados EIR, no existiendo una definición de

enfermero/a especialista en el Sistema de Salud ni una diferenciación de competencias respecto al generalista.

En resumen, de su ponencia se desprende que, el Ministerio de Sanidad considera necesario adecuar las plazas de formación graduada y de formación especializada a las necesidades del Sistema de Salud y promover la creación de la categoría de Enfermero Especialista delimitando sus funciones y puestos dentro de este sistema.

Rafael Lletguet. (Representante del Consejo General de Enfermería)

Muestra su asombro de que el Ministerio de Sanidad no sepa todavía el papel de la enfermería ni sus competencias y que sin embargo considere a estos profesionales como base de Sistema de Salud en las estrategias de crónicos, polimedicados, etc..

Hace referencia también al ratio enfermera por habitantes, mucho mayor en Europa que en España, existiendo estudios que demuestran que los resultados de salud mejoran donde hay más enfermeras, apuntó también que incluso en las Comunidades Autónomas españolas existen grandes diferencias, por ejemplo Navarra tiene el triple de enfermeras que Murcia por nº de habitantes y recalca que con la crisis, la pérdida de puestos de trabajo no ha sido equitativa: siendo de siete enfermeras por cada médico.

Por otro lado, relata la trayectoria histórica legislativa sobre Especialidades de Enfermería haciendo un repaso, desde el RD de 1987 (hace 27 años), a partir del cual se van creando las especialidades de Matrona y Salud Mental, hasta el año 2013 donde nace el Acuerdo del Consejo General /Satse, junto con el Ministerio de Sanidad para desarrollar la Ley sobre Uso Racional del Medicamento (2009) y el desarrollo y creación de Categorías de Especialidades, sobre lo que se ha avanzado poco.

Un discurso muy populista y aplaudido por los asistentes, aunque no hizo mención alguna al papel del Consejo General de Enfermería desde su creación.

Sheila Sánchez Gómez. (Enfermera de AP- Doctora- Vitoria, Osakidetza)

Disertó sobre la necesidad de Enfermeras Especialistas FyC y sobre los logros y retos a los que nos enfrentamos.

En la sociedad actual se precisan unos cuidados de mayor complejidad debido a cambios sociales, nuevas necesidades (crisis económica y de valores, multiculturalidad...), medicalización de la vida y el cuidado, envejecimiento, cronicidad, dependencia, cuidadores informales...

Ante todo esto se planteó una reflexión: ¿qué aporta la Enfermera especialista en EFyC?

Una forma de trabajo que es modelo de práctica avanzada, con autonomía profesional y práctica independiente, competencias en investigación y docencia, gestión propia de casos y derivaciones. Así mismo un profesional que posee capacidad y conocimientos para ejercer como líder o consultora de otros profesionales.

Se pregunta además ¿podría hacer esto una enfermera recién graduada o con experiencia hospitalaria? Es obvio que no, por eso la indefinición de puestos y competencias crea profesionales frustrados, mala ordenación y desaprovechamiento de recursos, considera que sería imprescindible la creación de una bolsa de trabajo para AP.

Por ello solicita, la homogeneización en la formación, la definición de la figura enfermera en las Unidades Docentes con la creación de una Subcomisión en igualdad de competencias con Medicina, mayor acreditación de unidades formativas y visibilización.

Una excelente ponencia, ella como buen ejemplo de enfermera de AP, formada, capacitada y con experiencia pero sin título de Especialista.

Cristina Obaya Prieto (Especialista EFyC, Enfermera de AP, vocal de SEAPA y de FAECAP)

Siguiendo un hilo conductor sobre el cuento de “Alicia en el País de las Maravillas” fue relatando el camino recorrido, desde que se crean las especialidades mediante la promulgación del Real Decreto hasta que obtienen el título los primeros Enfermeros/as Especialistas en EFyC y cómo es la situación actual en España:

- **Asturias:** priorización de enfermeros especialistas en FyC pero sin existencia de bolsa específica ni baremo acorde.
- **Comunidad Valenciana:** creación de la categoría profesional en el verano del 2013, y en el mes de Mayo de 2014 la Consejería de Sanidad anuncia la convocatoria de tres plazas para dicha categoría, no especificando tiempo ni forma.
- **Castilla La Mancha:** valoración del tiempo trabajado como residente y de la formación especializada.
- **Galicia:** acuerdo firmado entre el Servicios Gallego de Salud, todos los sindicatos, sociedad AGEFEC y representantes de residentes, por el que se comprometen a crear la categoría de EFyC en el 2014.
- **Castilla y León:** en Febrero de 2014 SATSE, Colegio de Enfermería y Servicio de Salud firmaron un acuerdo en el que se comprometen a la creación de la categoría, bolsa específica y valoración de méritos, priorizando mientras tanto a especialistas.

En el resto de CCAA no existe mención alguna a la enfermería familiar y comunitaria, lo que provoca una situación de desigualdad en todo el territorio español y que se sigan desaprovechando recursos tanto humanos como económicos.

También destaca y critica la variabilidad de opiniones y posturas dentro de los mismos sindicatos y colegios de enfermería en las diferentes Comunidades Autónomas así como de la infravaloración de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria dentro del Sistema Nacional de Salud. Rechaza el cronograma del Ministerio de Sanidad y el retraso en la celebración de la prueba de la competencia.

Hace mención al documento creado por el grupo de residentes y especialistas de FAECAP en el que se solicita la creación de la categoría profesional, bolsa específica para especialistas con baremación adecuada y celebración de la prueba de la competencia.

Por último se refiere a la necesidad de dotar de herramientas a la formación especializada: como guías docentes, libro del residente (no existe uno oficial tras cuatro promociones) y existencia del Presidente de la Subcomisión de Enfermería en todas la Unidades Docentes con una dedicación adecuada.

2. 2ª MESA- Proyección laboral de los Especialistas en EFyC

SATSE- Javier Sebastián Pacheco. (Adjunto secretaría general Satse)

Aclaró en primer lugar que para ser Graduado en Enfermería, responsable de cuidados generales, se necesitan 240 créditos universitarios, que se consiguen haciendo la homologación en la Universidad correspondiente, aunque para competencias, puesto de trabajo y derechos ahora no es necesaria esa homologación, puesto que los Diplomados Universitarios en Enfermería tienen los mismos que los Graduados.

Respecto a la Especialidad, destaca que en 2014 habrá 364 titulados especialistas y en 2 años aproximadamente 450. Hace referencia a las 41.226 solicitudes para la vía excepcional, de las cuales se prevén 30.000 titulados.

Su sindicato apoya la realización del examen para el acceso a la vía excepcional en 2016 y dice apostar por el desarrollo de las Especialidades y la Categoría profesional.

Critica también que en Valencia se ha creado esa Categoría profesional de EFyC pero que las plazas ofertadas sean solo tres y menciona que en Asturias, han adoptado acuerdos de contratación en 2013-14 en los que priorizan la formación Especialista y que en Castilla la Mancha ha hecho un baremo.



Desde su sindicato solicitan el desarrollo de la Carrera Profesional incluyendo a los Especialistas así como la acreditación profesional.

Varias intervenciones de público a la hora de las preguntas destacaron los diferentes raseros y opiniones según Comunidades Autónomas que tiene su sindicato, SATSE, en apoyo a Especialistas de EFyC y pidieron que esa priorización en la contratación de especialistas se unifique y se valore también la experiencia en AP, con una lista para trabajar en AP.

CCOO-Antonio Cabrera González. (Secretario General FSS_CCOO)

EL representante de Comisiones Obreras rechaza en nombre de su sindicato el cronograma propuesto por el Ministerio de Sanidad y exige un Real Decreto que sea vinculante sobre la especialidad en todo el territorio nacional y comunidades autónomas, que sea ratificado por el Consejo Interterritorial.

Presentó el baremo que proponen para contratación, valorando la experiencia en otras categorías profesionales hasta un 50% aunque sin límite de tiempo y la formación Especializada la puntuarían con un 20% (en lugar de 15% que tiene el documento), incluida en el apartado de formación, junto a otro tipo de cursos.

CSI_F-Fernando Molina Guerrero. (Presidente Nacional de Sanidad CSI)

Su representante se limitó a hacer un repaso de la historia de la formación especializada, primordialmente de los MIR y no aportó ninguna propuesta relacionada con la enfermería.

UGT-Pilar Navarro Barrios. (Secretaria Federal de sector salud de UGT)

En una intervención por momentos apasionada mostró su indignación por temas como el seguir obligados a demostrar la valía de los/as enfermeros, ya que siguen haciéndose Reales Decretos que no se aplican y nadie lo denuncia, la intención alemana de querer paralizar el Grado y de paso aprovecharse de tener en sus hospitales a las enfermeras mejor formadas, que son las españolas en detrimento de otros países de la Unión Europea donde la enfermería no es Universitaria.

"También destacó la necesidad de un frente común, de no quedarse en el '¿qué hacemos?'"

También destacó la necesidad de hacer un frente común, de no quedarse en el "¿qué hacemos?" sino en no aceptar la situación actual y sentarse a negociar todas las organizaciones exigiendo la celebración de la vía extraordinaria lo antes posible para crear una fuerza unida y caminar todos juntos.

Conclusión

La Jornada de FAECAP fue muy interesante y enriquecedora, por el intento de clarificación de posturas de los diferentes actores implicados, FAECAP, Sindicatos, Consejo General, Especialistas, EIR y Enfermeras en **contra** del cronograma propuesto por el Ministerio de Sanidad y la propuesta final de FAECAP de reunirse para lograr acuerdos comunes y buscar el compromiso por parte de todos ellos de tomar una iniciativa inmediata común.

Se acordó que los sindicatos trabajarán con la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP), para definir una hoja de ruta para la implantación de la especialidad en plazos mucho más breves que la actual propuesta ministerial.

La nota amarga fue la decepcionante postura del Ministerio de Sanidad que no parece tener claro el papel del especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, así como la situación actual de la Especialidad, con esa vía excepcional pendiente, al igual que la creación de la Categoría y puestos de trabajo.



Evaluación de la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica basado en la utilización de tecnología 2.0 llevado a cabo en el Centro de Salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias)

Evaluation of the effectiveness of a giving up tobacco program based on the use of 2.0 technology carried out in the hospital of Tapia de Casariego (Principado de Asturias).

Nuria González Pulido

Hospital Carmen y Severo Ochoa, Área Sanitaria II (Cangas de Narcea)

Manuscrito recibido: 31-03-2014

Manuscrito aceptado: 02-06-2014

Cómo citar este documento

González Pulido N. Evaluación de la efectividad de un programa de deshabituación tabáquica basado en la utilización de tecnología 2.0 llevado a cabo en el Centro de Salud de Tapia de Casariego (Principado de Asturias). RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2014 Ago; 2 (3): 14-23

Resumen

Introducción. La epidemia del tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que el mundo haya enfrentado.

Hipótesis: un programa para la deshabituación del hábito tabáquico, llevado a cabo en atención primaria, en el que se emplea como medio para ello el *Blog* junto con recomendaciones individualizadas a través del apoyo del correo electrónico, será efectivo para disminuir el porcentaje de fumadores.

Objetivo principal: reducir el número de personas que consumen tabaco entre aquellos fumadores del ámbito de atención primaria que participan en el programa para la deshabituación del hábito tabáquico, vía *Blog*, en dicha población.

Método.

Diseño. Estudio experimental tipo trabajo de campo.

Emplazamiento. Consultas de enfermería de atención primaria de los centros de salud de Tapia de Casariego (grupo intervención) y Vegadeo (grupo control).

Participantes. Fumadores entre 18-45 años, de ambos centros, que voluntariamente quieran participar y posean en su domicilio Internet.

Grupo intervención: participará en el *Blog* (programa intensivo, con materiales individualizados para dejar de fumar, íntegramente *Online*).

Formado por 7 sesiones en frecuencia decreciente, 4 de ellas de mantenimiento después del abandono del hábito.

Mediciones principales. Abstinencia a los 6 meses, al año y 5 años.

Mediciones secundarias. Variables: sociodemográficas; conductuales relacionadas con el consumo de tabaco y otras drogas; clínicas del usuario.

Conclusión. El estudio ayudará a definir la efectividad de la Web 2.0 en la deshabituación tabáquica.

Palabras clave

Cese del Tabaquismo; Atención Primaria de Salud; Internet; Individualismo; Cuidados a Largo Plazo

Abstract

Introduction: tobacco epidemic is one of the major threats for public health that the world has ever faced.

Hypotesis: a program to cope with the problems produced by tobacco addiction which is carried out in primary attention in which; the blog together with some individualised recommendations are employed through the help of the e-mail it will be effective so as to reduce the percentage of smokers.

Main objective: the main objective is to reduce the amount of people who consume tobacco among all those smokers who belong to primary attention that take part in a program based on the abandon of tobacco addiction through or by means of a blog in that zone.

Method.

Design. Based on an experimental study such as a field work.

Location. Primary attention nursery consults in Vegadeo (control group) and Tapia de Casariego (intervention group).

Participants. Smokers aged from eighteen to forty-five from both centers who want to take part in it and also who have got Internet at home.

Intervention group: it will participate in the Blog (intensive program with individualised materials devoted to give up smoking, it will be completely on line). It will be composed by seven sessions in a decreasing frequency, four of them based on maintenance after giving up that habit.

Main measurements. Variable, sociodemographic, behavioural related to tobacco consumption and some other drugs, clinic from the patient.

Conclusion. The study will help to define the effectiveness of Web 2.0 in the abandon of tobacco consumption.

Keywords

Smoking Cessation; Primary Health Care; Internet; Individuation; Long-Term Care.

Introducción

La epidemia del tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública que el mundo haya enfrentado. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ el consumo de tabaco es el primer factor causal aislado de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura en los países desarrollados.

El patrón de consumo en el Principado de Asturias es similar al reflejado en España, observándose que tres de cada diez asturianos (30,4%) declaran ser fumadores y el 27,8% lo consumen a diario².

Internet se está haciendo presente cada vez más en el ámbito de la salud (*e-Health*).

Los tratamientos a través de Internet están empezando a mencionarse en los manuales para el tratamiento del tabaquismo, como una posibilidad prometedora en la ayuda para dejar de fumar (*Treating tobacco use and dependence*³, *National Institute of Clinical Excellence (NICE)*⁴, Documento de Consenso Para la Atención Clínica al Tabaquismo en España⁵).

Son escasos los estudios que demuestran la efectividad de la tecnología 2.0 en relación a la deshabituación tabáquica, debido a que es un tema relativamente actual. Sin embargo, son abundantes los artículos que exponen que Internet y la *Web 2.0* tienen gran potencial en sanidad y hacen hincapié en que es necesaria más investigación sobre el tema⁶.

La mayoría de ellos coinciden en la necesidad de adaptar la información de forma individualizada^{7,8,9,10}, así como de la importancia de que los sitios *Web* no sean estáticos^{8,10,11}.

En España, la experiencia en el tratamiento del tabaquismo basado en Internet es todavía escasa, destacando el programa "Vida Sin Tabaco"¹⁰. A los tres meses de funcionamiento de dicha *Web*, la tasa de abstinentes era el 18.9%. Además muestra la elevada eficiencia que se puede esperar de las intervenciones terapéuticas basadas en Internet¹².

Los tratamientos por Internet para dejar de fumar mejoran la accesibilidad a la ayuda especializada, son más flexibles que los tratamientos presenciales y parecen llegar a grupos de población distinta a la que suele acudir a las unidades de tabaquismo¹⁰.

Por lo mostrado con anterioridad sería conveniente proyectar a futuro programas de mejora continua a través de Internet en la deshabituación del tabaquismo. En concreto se trataría de establecer un programa *Online* para dejar de fumar, empleando como medio idóneo el *Blog*, el cuál tiene múltiples ventajas para el uso sanitario.

*"Sería conveniente proyectar a futuro programas de
mejora continua a través de Internet para la
deshabituación del tabaquismo"*

Hipótesis y Objetivo

HIPÓTESIS

Un programa para la deshabituación del hábito tabáquico, llevado a cabo en atención primaria, en el que se emplea como medio para ello el Blog junto con recomendaciones individualizadas a través del apoyo del correo electrónico, será efectivo para disminuir el porcentaje de fumadores.

OBJETIVO PRINCIPAL

Reducir el número de personas que consumen tabaco entre aquellos fumadores del ámbito de atención primaria que participan en el programa para la deshabituación del hábito tabáquico, vía Blog, en dicha población.

Método

El estudio es de tipo experimental tipo trabajo de campo.

Se realizará una aleatorización por conglomerados, el pertenecer al grupo control o al grupo intervención viene dado por el centro de salud al que pertenezca el usuario.

Grupo intervención: centro de salud de Tapia de Casariego.

Grupo control: centro de salud de Vegadeo.

Población a estudio: fumadores de entre 18 y 45 años, de ambos centros de salud, que voluntariamente quieran participar y que posean en su domicilio conexión a Internet.

Aquellos que deseen participar, acudirán a una primera consulta individual, donde se les asignará un código no correlativo y firmarán el pertinente consentimiento informado.

Posteriormente rellenarán un cuestionario pre-test autoadministrado, donde se evalúan una serie de variables relacionadas con el hábito tabáquico.

El primer bloque agrupa variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad, estado civil, situación laboral, nivel de estudios, tipo de hábitat).

El segundo apartado engloba variables conductuales relacionadas con el consumo de tabaco y otras drogas (años que lleva fumando regularmente, edad de inicio del hábito, tipo de tabaco que fuma y cantidad diaria del mismo, consumo de otras drogas y en caso afirmativo indicar cuáles, intentos previos de dejar de fumar y en caso afirmativo indicar número y características de los mismos, si fuma en el trabajo o en casa, si convive con personas que fuman...)

Un tercer grupo reúne variables clínicas del usuario (si tiene alguna enfermedad en el momento del estudio y en caso afirmativo indicar cuáles).

Previo a la entrega del cuestionario, se entregarán a los usuarios el Test de *Richmond*¹³ (evalúa la motivación del paciente para dejar de fumar) y el Test de *Fagerström*¹⁴ (valora la dependencia física a la nicotina).

El resultado de ambos tests formará parte del cuarto bloque del cuestionario.

Dicho cuestionario se realizará posteriormente de forma seriada a ambos grupos, en las consultas de enfermería de ambos centros de salud.

1. Duración del proyecto y etapas de desarrollo

El programa vía *Blog* para el abandono del hábito de fumar, es un programa intensivo con materiales individualizados, realizado íntegramente *Online* (con la posibilidad de comunicación personal vía correo electrónico o vía telefónica con el responsable del programa). Todo ello con una duración de 5 años.

Incluye estrategias cognitivas y conductuales, adaptándolas para su aplicación a través de Internet de una manera interactiva.

Dicho programa se divide en 7 sesiones en frecuencia decreciente, 4 de las cuáles son de mantenimiento después del abandono del hábito (**Figura 1**).

ACTIVIDAD	TEMPORALIDAD
1ª Sesión	1ª semana
2ª Sesión	2ª semana
3ª Sesión	3ª semana
4ª Sesión	5ª semana. Aproximadamente a la semana de abstinencia, o fecha elegida para ello
Llamada telefónica a cada usuario de refuerzo	Entre la 4ª y 5ª sesión
5ª Sesión	Aproximadamente al mes de abstinencia, o fecha elegida para ello
Envío correo electrónico individualizado de refuerzo	Entre la 5ª sesión y la llamada para citar al usuario para el primer post-test
1º Post-test en la consulta de enfermería	A los 6 meses del comienzo del programa <i>Online</i>
Correo electrónico individualizado de refuerzo	Posterior a la realización del post-test y previo a la 6ª sesión
6ª Sesión	Aproximadamente a los 8 meses de abstinencia, o fecha elegida para ello
2º Post-test en la consulta de enfermería	Al año del comienzo del programa <i>Online</i>
Correo electrónico individualizado de refuerzo	Posterior a la realización del 2º post-test y previo a 7ª sesión
7ª Sesión	A los dos años y medio de la abstinencia, o fecha elegida para ello
3º Post-test en la consulta de enfermería	A los 5 años del comienzo del programa <i>Online</i>
Llamada telefónica a cada usuario para ofrecer e indicar como ver los resultados del estudio	Cuando esté terminado y redactado todo el proceso de investigación

Figura 1: Resumen del programa de deshabituación tabáquica vía Blog.

1ª Sesión

Su objetivo es llevar a cabo una reestructuración cognitiva, intentando eliminar falsas creencias sobre el tabaquismo y motivar al usuario para el abandono del hábito.

Se mostrarán los efectos perjudiciales del tabaco y los beneficios de dejar de fumar.

Se recordará a cada usuario, que ha plazo máximo de un mes, tendrá que elegir un día para dejar de fumar (día D).

Cada sesión irá acompañada de una serie de tareas que se enviarán a cada uno de ellos al correo electrónico. En ésta sesión serán: no aceptar el ofrecimiento de cigarrillos, buscar un apoyo en el entorno próximo, escribir razones para fumar y dejar de fumar, ir reduciendo el consumo de cigarrillos y hacer un autorregistro de los cigarrillos fumados y las circunstancias que los rodean.

2ª Sesión

Se realizará una semana después de la 1ª sesión. Sus objetivos son reafirmar la decisión.

Se desenmascarará el tabaco, se mostrará como respirar para relajarse, posibles situaciones que desencadenan el fumar y que hacer en cada caso, actividades alternativas al tabaco...

Las tareas serán: comunicar el día D, realizar un autorregistro diario de cigarrillos fumados y disminuir un 20% aproximadamente el consumo.

Se enviará de forma individual, un correo electrónico con recomendaciones de actividades alternativas en función de las situaciones que desencadenan que fume cada usuario.

3ª Sesión

Estará disponible en la 3ª semana. Su objetivo es motivar al usuario para el abandono inmediato del hábito de fumar y planificar el día D. Para ello se mostrarán estrategias y habilidades para superar los primeros días de abstinencia.

Se indicarán una serie de pautas para evitar el aumento de peso que se puede producir al abandonar el tabaco.

Las tareas serán: cumplir y no aplazar el día D, deshacerse de todo el tabaco al alcance, y rellenar un cuadro identificando situaciones de riesgo y alternativas previstas. Se enviará un correo electrónico con recomendaciones de forma individualizada, en función de la valoración elaborada por el usuario en la sesión anterior.

4ª Sesión

Disponible al mes de inicio del *Blog*. Sus objetivos son reforzar la abstinencia en aquellos que estén abstinentes, reforzar habilidades y cambios positivos en todos, prevenir y detectar recaídas así como un posible aumento de peso.

Las tareas serán calcular el dinero que ahorrará al no fumar y evitar situaciones de riesgo

Entre la 4ª y la 5ª sesión, el responsable del programa hará una llamada telefónica a cada usuario. De ésta forma el usuario se sentirá reforzado, en el caso de que lo haya conseguido. En dicha llamada se recalcará sobre los contenidos de las sesiones anteriores y se resolverán posibles dudas.

5ª Sesión

Se realizará aproximadamente al mes del día D. Sus objetivos serán: motivar y reforzar la abstinencia y resolver problemas que puedan haber surgido (recaídas, aumento de peso, síntomas del síndrome de abstinencia,...). Todo ello reforzando una actitud de vigilancia ante posibles situaciones de riesgo y dotando de conocimientos y habilidades que permitan un enfoque positivo en caso de caída o recaída.

Las tareas de la sesión serán: mantener la abstinencia o volver a alcanzarla en caso de recaída y crear de nuevo un listado con las situaciones de riesgo y conductas alternativas para cada una de ellas.

6ª Sesión

Estará disponible aproximadamente a los 8 meses del día D. Sus objetivos serán mantener la abstinencia entre aquellos que la consiguieron y disminuir el sentimiento de tristeza entre los que no lo consiguieron o recayeron.

Las tareas serán continuar la abstinencia en caso de que ésta se haya conseguido y empezar a afrontar situaciones de riesgo de forma progresiva.

7ª Sesión

Se realizará aproximadamente a los 2 años y medio de la abstinencia o fecha elegida para ello. El objetivo de ésta sesión es fomentar la abstinencia evitando recaídas a largo plazo.

A los que no consiguieron la abstinencia o han recaído, se les hará ver lo positivo de haber participado en el programa.

Las tareas de la sesión serán: contestar y justificar si podría haber acudido a un programa presencial y realizar una evaluación final del programa.

Está previsto un seguimiento de los participantes a través de la consulta de enfermería para cumplimentar de forma repetida el cuestionario.

Dicho seguimiento se hará realizando el post-test a ambos grupos aproximadamente a los seis meses, al año y a los 5 años del inicio del programa de deshabituación tabáquica vía *Blog* por parte del grupo intervención.

Se realizarán seriados en el tiempo para evaluar la efectividad del programa tanto a corto como a largo plazo, en el caso del grupo intervención **(Figura 2)**.

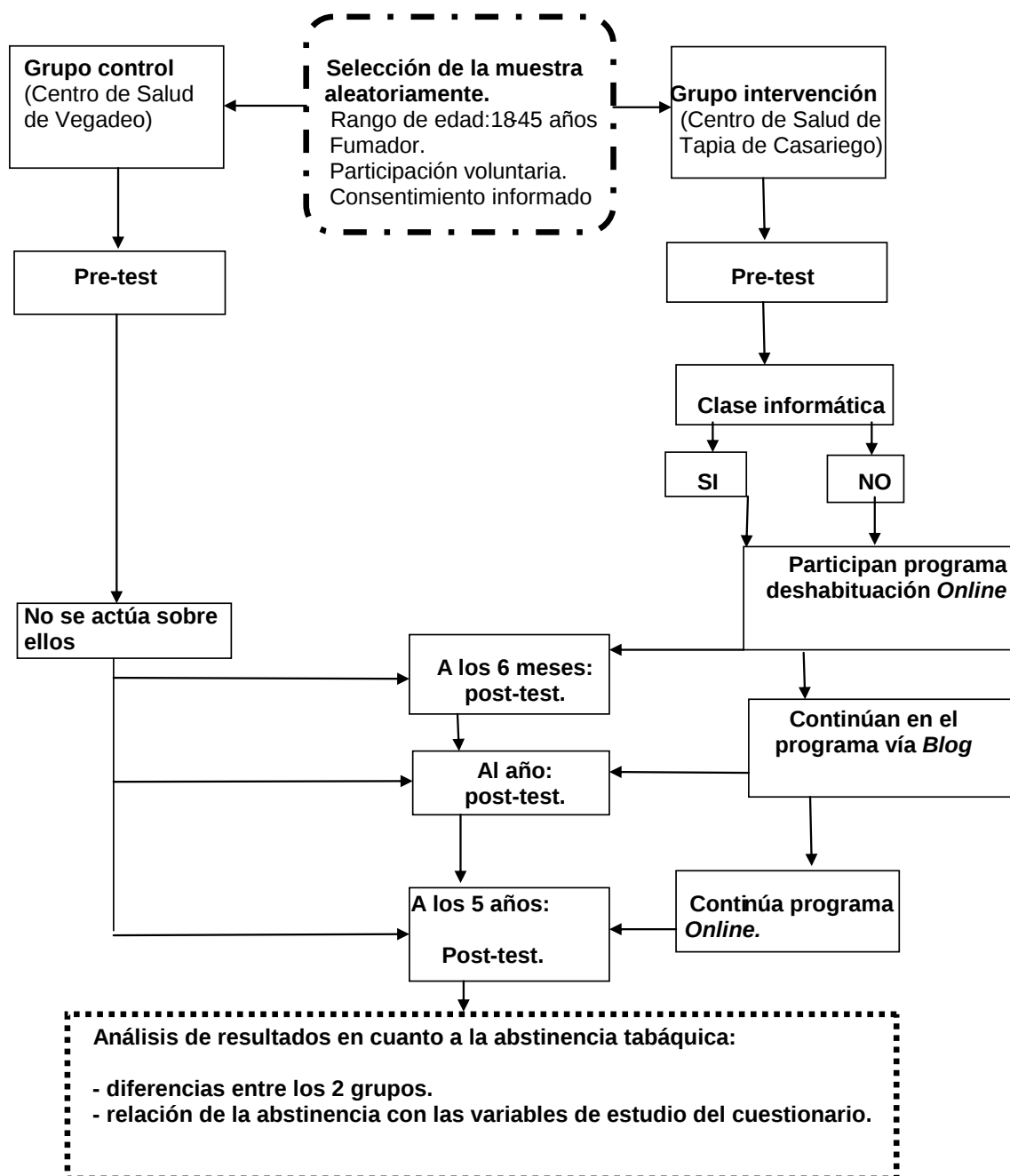


Figura 2: Esquema – resumen del proyecto de investigación

2. Discusión

2.1. Limitaciones del estudio

Dado que la intervención se va a realizar en zonas muy concretas del Principado de Asturias, es posible que los resultados obtenidos no puedan ser generalizados a toda la comunidad autónoma. Otra posible limitación es que al utilizar como tipo de selección de la muestra la aleatorización por conglomerados y no la individual, podría aparecer heterogeneidad en el pre-test entre los grupos, lo que podría condicionar los resultados de la intervención.

Otra desventaja a destacar es que la duración de la intervención puede ocasionar abandonos.

El enmascaramiento sólo afectará a los pacientes y a la persona que realiza el análisis de los datos.

2.2. Consideraciones éticas

En general, se respetarán los preceptos de la Declaración de Helsinki. Específicamente: se solicitará consentimiento informado, se respetará la libre voluntad de abandonar la investigación sin que esto ocasione ningún perjuicio al usuario.

Además, cumpliendo con la Ley de Protección de Datos, se respetará la confidencialidad de datos de los sujetos participantes en el estudio así como de los centros de salud en los que se realiza.

Se presentará un breve resumen del estudio para su aprobación por la comisión de ética y de investigación del Hospital Comarcal de referencia.

Bibliografía

1. World Health Organization [sede Web]. Geneva: World Health Organization; 2011 [acceso 10 febrero de 2013]. Tobacco [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
2. Margolles M, Donate I. Dirección General de Salud Pública y Participación. Encuesta de Salud para Asturias [monografía en Internet]. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2009 [acceso 9 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Encuesta%202008:%20Informes%20breves/10_tabaco_I.pdf
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ et al. Treating tobacco use and dependence [monografía en Internet]. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 [acceso 30 marzo de 2013]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/treating_tobacco_use08.pdf
4. NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities [monografía en Internet]. London: 2008 [acceso 30 marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH010guidance.pdf>
5. Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de Consenso Para la Atención Clínica al Tabaquismo en España [monografía en Internet]. Madrid: Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2013 [acceso 2 de febrero de 2013]. Disponible en:

<http://www.cnpt.es/documentacion/publicaciones/ec34e5d56ba572d76297484cb6eb6a3f9dd91ac750db1addf646305eccae0f6a.pdf>

6. Alfaro M, Bonis J, Bravo R, Fluiters E, Minué S. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26: 107-112.
7. Swartz LHG, Noell JW, Schroede SW, Ary DV. A randomised control study of a fully automated internet based smoking cessation programme. Tob Control. 2006; 15(1): 7-12.
8. The Cochrane Database; Issue 9, 2010. [base de datos en Internet]. Oxford: Update Software Ltd; [acceso el 15 de marzo de 2013]. Civiljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation (Cochrane Review) [aproximadamente 60 pantallas]. Disponible en: <http://cmtabaquismo.com.ar/documentos/Cochrane%20Data%20Syst%20Rev%20-%20Civiljak.pdf>
9. Smit ES, de Vries H, Hoving C. Effectiveness of a Web-Based Multiple Tailored Smoking Cessation Program: A Randomized Controlled Trial Among Dutch Adult Smokers. J Med. Internet Res. 2012; 14(3): e82
10. Quesada M, Fletes I, Sánchez B, Carreras JM, Sánchez L. La unidad de tratamiento de tabaquismo en línea «Vida sin Tabaco» [monografía en Internet]. Madrid: revista sobre la sociedad del conocimiento; 2007 [acceso 15 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/quesada.pdf>
11. Seidman DF, Westmaas JL, Goldband S, Rabius V, Katkin ES, Pike KJ et al. Randomized Controlled Trial of an Interactive Internet Smoking Cessation Program with Long-Term Follow-up. Ann. Behav. Med. 2010; 39(1):48-60.
12. Sánchez Agudo L, Carreras Castellet JA. Unidades de tabaquismo por Internet. Arch Bronconeumol. 2007; 43(1): 1-3.
13. Richmond RI, Kehoe L, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioner. Addiction. 1993; 88: 1127-1135.
14. Fagerstöm KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict. Behav. 1978; 3: 235-241.

Una aproximación rigurosa a la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. La eficiencia como prioridad

A rigorous approach to Specialist Community Public Health Nursing (SCPHN) in the British National Health Service (NHS). The efficiency as a priority

Rubén Llada Suárez (*Enfermero especialista en EFyC. Doctorado en Medicina*)

Lucia Del Fresno Marqués (*Matrona, C.S Otero, Oviedo*)

C.S Lugones (Oviedo)

Manuscrito recibido: 18-03-2014

Manuscrito aceptado: 09-06-2014

Cómo citar este documento

Llada Suárez R, Del Fresno Marqués L. Una aproximación rigurosa a la Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico. La eficiencia como prioridad. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 24-35

Resumen

El análisis comparado de la sanidad en el campo de la Atención Primaria (AP) en otros sistemas sanitarios europeos, como es el modelo anglosajón, referente en el origen de EFyC y líder en innovación enfermera e investigación, ofrece un medio para examinar la realidad del panorama del Servicio Nacional de Salud (SNS) español con otra perspectiva, ampliar horizontes en la especialización enfermera y aprender viendo cómo funcionan otras combinaciones de recursos y esquemas organizativos basados en la evidencia científica y la igualdad de oportunidades.

Se plantean dilemas económicos, organizativos y éticos en dos paradigmas sanitarios con similitudes en el carácter público, equidad de cobertura, capacidad tecnológica, pero con importantes diferencias de gran interés para el debate sobre política sanitaria, identificación de carencias con potencial de cambio y consideración de medidas urgentes de mejora de recursos, así como la revisión de los modelos implantados para lograr un alto nivel de autonomía, especialización y calidad profesional en el campo de la AP por el progreso en salud comunitaria.

Palabras Clave

Especialidades de Enfermería; Enfermería en Salud Pública; Servicios de enfermería escolar; Educación de postgrado en enfermería; Enfermería de la familia.

Abstract

The comparative analysis in the field of Primary Care in other European health systems, such as the British model, a reference in the origins of public health nursing and leader in nursing research and innovation, provides a means to examine the reality of the Spanish panorama with a different perspective, broaden horizons on nursing careers and a way to learn how to implement organisational change within the Spanish NHS based upon equal opportunities, and promoting evidence based practice (EBP) within SCPHN.

Financial, managerial and ethical dilemmas arise in the practice of community nursing embraced by two health system paradigms with similarities such as a public funding, equity and access or technical equipment, but also with differences of great interest on specialisation or health policy development, identifying gaps and areas for improvement and consideration of urgent measures to improve management of resources. Revision of current models of healthcare is required to achieve higher levels of autonomy, expertise and service quality in Primary Care Nursing for an ultimate community health development.

Keywords

Specialties, Nursing; Public Health Nursing; School Nursing; Education Nursing, Graduate; Family Nursing.

Introducción

El SNS en España se puso en marcha a imagen y semejanza del NHS británico con la única diferencia de la provisión en la atención primaria, AP¹. No obstante, recientemente se han desarrollado modelos de características similares a la realidad en RU sin llegar a alcanzar el nivel de especialización entre los profesionales de enfermería británicos, lo que abre una puerta a la mejora en la profesionalización de la EFyC.

Objetivo

Contribuir a definir el perfil especialista mediante análisis comparado de la especialidad de EFyC en otros sistemas sanitarios europeos, como es el modelo anglosajón, y conocer el proceso de formación como residente y la práctica asistencial como especialista en EFyC en RU.

Metodología

Se trabajó con técnicas cualitativas incluyendo: revisión bibliográfica en PubMed, análisis documental de libros blancos (White Papers) y políticas sanitarias en RU con mención a la EFyC, programas formativos de la especialidad, publicaciones del Royal College of Nursing (RCN) y Nursing and Midwifery Council (NMC) en relación a la categorización de enfermeros especialistas en EFyC y definición de puestos de trabajo especialistas, así como la consulta a expertos de King's College London que imparten el programa docente.

Se realizó un estudio comparativo del proceso de especialización en EFyC (Specialist Community Public Health Nursing) en España y RU considerando la relevancia que le concede la Organización Mundial de la Salud (OMS) a la formación de especialistas y a la práctica general de la salud comunitaria como sustento de los sistemas de promoción de la salud.

Se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: contexto histórico, escenario de formación, modelo de atención enfermera, liderazgo y gestión enfermera, y desempeño de roles como especialistas.

Desarrollo

1. Contexto histórico de la EFyC en RU

La noción de cuidados de salud dirigidos a la curación o atención de enfermos mantuvo dominancia durante siglos. Con el desarrollo del pensamiento científico, en el siglo XIX, se inicia la evolución de los cuidados preventivos con el descubrimiento de los mecanismos de transmisión de enfermedades.

A mediados del siglo XIX Florence Nightingale defiende que la enfermedad es un proceso de reparación y las funciones de la enfermera consisten en manipular el entorno del paciente para facilitar este proceso², base de partida diferente a la tradicionalmente utilizada por los galenos en su ejercicio profesional. Esta teoría ha servido de punto de partida para desarrollar todas y cada una de las actuales teorías de enfermería, pero sobre todo, Nightingale merece el profundo reconocimiento de haber sido pionera del pensamiento científico y construir los principios de la enfermería de salud pública^{3,4}. Sus escritos sobre la materia hacen hincapié en la necesidad de una formación especializada para las enfermeras de salud pública, la importancia de la higiene y prevención de enfermedades a través de la educación para la salud. En el movimiento filantrópico victoriano en torno a la salud pública, Nightingale funda la primera escuela de Enfermería de Salud Pública en afiliación con el Liverpool Royal Infirmary⁵.

La enfermería comunitaria emerge personificada en la figura de la enfermera visitadora en una época donde el conocimiento científico en expansión y la objeción pública contra situaciones de vida insalubres dan lugar a los cuidados de salud preventivos. En respuesta a la alta prevalencia de mortalidad infantil en los municipios de Manchester y Salford, nace en 1862 la figura de la health visitor (HV)⁶, hoy reconocida, junto a la school nurse (SN) como Specialist Community Public Health Nurse, o lo que es lo mismo especialistas en EFyC. De este modo, la EFyC se abre camino alcanzando mejoras en las condiciones sociosanitarias de la población más vulnerable.

*"La enfermería
comunitaria emerge
personificada en la figura
de la enfermera
visitadora"*

Hacia 1917, las HV atienden a domicilio a madres tras el puerperio tardío tomando relevo de la matrona para continuar la educación en materias de higiene, alimentación, seguridad y cuidados del lactante⁷. Posteriormente estas tareas se extienden para dar cobertura a la familia y el niño hasta alcanzar la edad escolar.

La importancia que adquiere el compromiso con la especialidad de EFyC en RU se ve impulsada por una serie de informes de expertos^{8,9} y White Papers^{10,11,12} presentados en oposición al enfoque asistencial de la estrategia del gobierno y la deficiente inversión en salud pública. La preocupación por el aumento del gasto en atención sanitaria, y el gravamen extra que suponen las enfermedades crónicas, devuelven la atención a la salud pública, sobre todo tras la publicación del informe Lalonde¹³. Este informe del entonces Ministro de Sanidad de Canadá, fue el primero en decir que, en los países desarrollados, el enfoque de la sanidad no era el adecuado para prevenir enfermedades y era de hecho ineficiente como promotor de la mejora de la salud. El informe recomendaba reequilibrar los esfuerzos desde la atención sanitaria hacia factores ambientales y relacionados con el estilo de vida, es decir hacia la promoción de la salud.

En 1977 se publican, los cuatro principios que fundamentan la práctica enfermera en salud pública¹⁴: 1) buscar necesidades de salud, 2) estimular la conciencia sobre las necesidades de salud, 3) intervenir en las políticas que afectan a la salud, 4) facilitar actividades de mejora de la salud y sus determinantes. A partir de este hito se desarrollan los estándares de competencia para SCPHN.

Las desigualdades económicas y sociales crecen en los ochenta y un número cada vez mayor de investigadores señalan sus consecuencias negativas para la salud. En 1980, Sir Douglas Black publica el Black Report¹⁵ concluyendo que individuos de diferente origen socioeconómico experimentan diferentes probabilidades de sufrir enfermedades o morir prematuramente, evidenciando la conexión entre clase social y salud.

La salud pública se sitúa en el punto de mira a partir de 1990, etapa en que las políticas gubernamentales reconocen el papel capital de la EFyC en la mejora de salud comunitaria y el abordaje de las desigualdades sociosanitarias. La necesidad de empoderar su rol y hacerlas más visibles socialmente es reforzada desde el epicentro del NHS por numerosas publicaciones de expertos^{8, 11, 16}.

Desde entonces, una serie de estudios continúan exaltando la importancia de la EFyC y su liderazgo dentro del equipo de AP ^{8,11}, culminando, una década más tarde, con un plan nacional de implementación para especialistas¹⁷.

2. La AP

Los profesionales de enfermería en AP incluyen, por un lado, a enfermeras generalistas (practice nurses, PN) que comparten cupo con un médico de familia (general practitioner, GP) en el centro médico (medical centre); y a enfermeras de distrito (district nurses, DN) que tratan a personas mayores en su propio hogar, enfermeras pediátricas (children's community nurses, CCN) que atienden cronicidad a domicilio en niños menores de 16 años, matronas (midwives), y enfermeras especialistas en EFyC, como las HV, y las enfermeras escolares (SN), todas ellas localizadas en centros de salud (CdS) dirigidos por enfermería o Nurse Led Clinics.

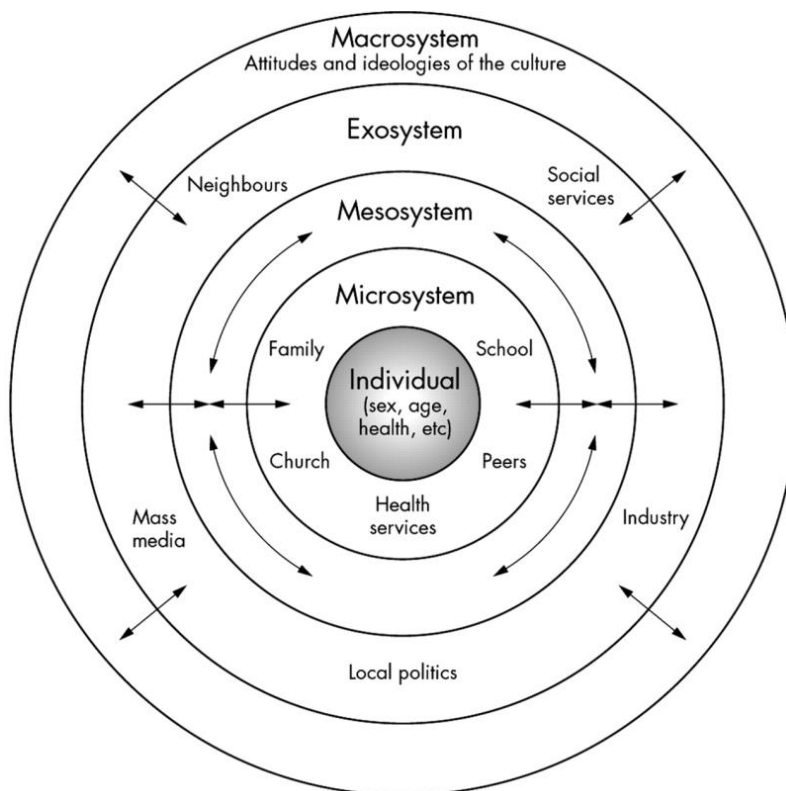
En RU, los especialistas en EFyC trabajan en entornos diversos incluyendo, pero no limitados a, el CdS, atención domiciliaria, centros escolares o asociaciones vecinales, colaborando con la consejería de sanidad, la consejería de educación, la administración municipal, bienestar social y organizaciones no gubernamentales entre otros. Grupos de riesgo social y poblaciones vulnerables son a menudo el foco de atención prioritario que pueden incluir individuos susceptibles, madres adolescentes, familias disfuncionales, violencia doméstica y de género, estilos de crianza disfuncional o codependientes con adicciones.

En el RU, como en España, la cronicidad se ha convertido en un problema de considerable magnitud. El envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades, el aumento de pacientes con patología degenerativa, dependencias físicas, psicológicas, etc, todo ello implica una mayor complejidad en los cuidados 'básicos' que requiere el paciente. La evidencia científica reafirma la relación categórica entre estas enfermedades, todas ellas susceptibles, hasta cierto punto, de ser prevenidas a través de acciones en la comunidad local ⁽¹⁾, y factores relacionados con el estilo de vida. Bajo este panorama, el NHS no solo apuesta por la vigilancia, monitorización y seguimiento del paciente crónico en la figura de la DN, PN y CCN, sino que centra su política gestora en la prevención para llegar a la raíz de un problema insostenible para las arcas nacionales. Este modelo de acción preventivo requiere de un conocimiento académico avanzado para comprender las causas que subyacen en la enfermedad, y por tanto invita a la 'especialización' y subespecialización.

La disciplina enfermera, ante estos nuevos horizontes, ha desarrollado y perfeccionado nuevos roles especialistas tales como la HV, la enfermera de familia (FN), o la SN entre otros. Todos estos roles dependientes de la categoría de SCPHN (EFyC), ubican al paciente, la familia y la comunidad en el eje del cuidado, liderando la coordinación de la atención que recibe el usuario por parte de los diferentes profesionales de salud.

3. SCPHN un intento de aproximación

La EFyC tiene un enfoque poblacional dirigido a la prevención primaria y la promoción de la salud y por lo tanto requiere de conocimientos, competencias y habilidades específicas para analizar, diseñar, implementar y evaluar programas de intervención preventiva efectivos y eficientes, y así contribuir a la divulgación de la práctica basada en la evidencia. Estos roles precisan partir del modelo de la ecología humana de Bronfrenbrenner ⁽¹⁸⁾, para abordar problemas de salud emergentes (Figura 1).



Fuente: McLaren & Hawe (2005)

Figura 1. Modelo ecológico de Bronfrenbenner aplicado a la EFyC ¹⁹.

La enfermera especialista está plenamente integrada en la comunidad local e interviene sobre el mesosistema, el exosistema y el macrosistema para mejorar el acceso a los recursos sanitarios, promover la salud poblacional y prevenir problemas potenciales de salud.

Con la publicación en el BOE del Real Decreto (RD) 450/2005²⁰, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería se abre una etapa del proceso de desarrollo enfermero en un acercamiento a Europa, sin embargo, en España, comenzamos a formar especialistas sin aprobar una categoría independiente, sin tener definidos puestos de trabajo diseñados para

ellos, y excluyendo a la enfermería del proyecto de regulación de troncalidad y las áreas de capacitación específica (ACE) de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud. Además partimos de la idea de facilitar el acceso al título especialista por la vía excepcional, regulada por la disposición segunda del RD 450/2005, a todo enfermero generalista que cumpla con un periodo de dos a cuatro años de experiencia en el ámbito de la AP equiparando esta demarcada experiencia en el CdS a la formación avanzada adquirida por un sistema de residencia. ¿Qué sentido tiene especializarse para continuar realizando las funciones que tradicionalmente viene realizando una enfermera de AP con formación asistencial básica?, ¿cómo vamos a abordar la salud comunitaria desde la consulta de enfermería con una agenda congestionada por la atención a pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas, úlceras y heridas crónicas o dependencias?. ¿Qué necesidad hay de formar especialistas si el mero ejercicio profesional nos capacita para ejercer como tales?. ¿No es más rentable el autoaprendizaje?. Pero la realidad es otra y la enfermería basada en la evidencia (EBE) lo avala.

Es muy lícito premiar el esfuerzo a todas aquellas enfermeras que han desempeñado funciones que han trascendido lo exigido por su titulación, pero si somos sensatos deberíamos de considerar el bagaje profesional de cada individuo. La obtención del reconocimiento profesional para ejercer las funciones propias del enfermero especialista debería de ser complementada con formación específica de acuerdo al RD 450/2005, conforme a la exigencia actual de una especialidad que avanza día a día en la asunción de nuevas competencias en salud comunitaria. No obstante, esas necesidades formativas podrían ser facilitadas por el SNS, una vez superada la prueba excepcional de la competencia prevista en la Disposición Adicional 2ª del RD de especialidades²¹.

4. La estéril batalla del corporativismo

Recientemente, la OMS ha concluido un estudio internacional dentro de la línea de investigación de salud pública que evalúa la gestión eficiente de personal necesario para el progreso de los servicios sanitarios concluyendo que 'los trabajadores sanitarios de rango medio son tan eficientes como los médicos'²². Dejando al margen la equívoca etiqueta del 'rango' (ambas categorías cursan estudios de grado y cada vez son más las enfermeras que emprenden estudios doctorales), los 53 estudios realizados en 18 países durante las últimas dos décadas que comparan resultados de la atención prestada por enfermeras en contraposición a la prestada por médicos, atestiguan que los resultados clínicos han sido tan buenos, y en algunos casos incluso mejores que cuando fue prestada por médicos.

Los modelos tradicionales de atención medicalizados que proporcionan servicios costosos han sido comparados a los servicios enfermeros que no solo pueden responder mejor a las necesidades de salud de los ciudadanos, sino que el coste es significativamente menor empleando recursos competentes de bajo gasto, y resultando más costo-efectivos para el sistema de contratación. En España, no sería casual obtener resultados afines dado que nuestra especialidad está orientada a la promoción de salud y la salud pública a diferencia de la especialidad médica de Medicina Familiar y Comunitaria que no desarrolla competencias específicas en este ámbito. El estudio destaca como áreas de mayor efectividad la salud materna y la salud infantil, tareas que en RU asume la EFyC junto con la matrona dentro del equipo multidisciplinar de enfermería especializada como hemos visto.

*"Ante este panorama, no es de
extrañar que esté en boga el
éxodo de enfermeros españoles
que optan por hacer las maletas"*

Lamentablemente, los últimos datos de la OEDC²³ apuntan a que tenemos una media de 550 enfermeras por 100,000 habitantes, ratios muy por debajo del promedio de la OCDE (870 enfermeras). Esto supone un 36.8% menos que la media europea. Por el contrario, somos el tercer país en Europa en lo que respecta a mayores ratios médicos, por detrás de Austria, con 445,7 médicos por 100,000 habitantes (Asturias 462,8), mientras que la media europea se sitúa en 338 médicos ²⁴ (un 31,65% más) obedeciendo al modelo medicalizado imperante en oposición a la tendencia europea que establece un ratio 7:3 enfermera/médico.

Ante este panorama, sumado a la precaria situación del SNS español, no es de extrañar que esté en boga el éxodo de enfermeros españoles que optan por hacer las maletas para trabajar en países como RU, Noruega o Finlandia en busca de un mayor reconocimiento, estabilidad, desarrollo profesional, y un salario acorde con sus funciones y experiencia.

5. El desarrollo profesional en RU

Para tener una visión amplia del panorama británico en cuanto al ámbito asistencial, matizamos dos perspectivas elementales en relación a la práctica profesional. Por un lado, la visión anglosajona basada en el modelo de Patricia Benner ²⁵ “del aprendiz al experto” en el que expone que la enfermera adquiere diferentes niveles de destreza en su práctica clínica. Por otro lado, la visión española donde las enfermeras recién graduadas deben llevar a cabo actividades del ámbito más técnico de acuerdo a las expectativas y demanda del servicio.

Lo cierto es que en Europa, la enfermería española, goza de reconocimiento y buena proyección profesional, pero ¿realmente estamos instruidos a nivel experto en todos los ámbitos enfermeros, o más bien un sistema de contratación casual según necesidades de servicio y una mejorable gestión del conocimiento y de los recursos humanos nos obliga a creérnoslo?. La realidad es otra, y a pesar de nuestra intrepidez, nuestra formación es general y básica. ¿Acaso la complejidad en el campo de actuación, en cada uno de los servicios asistenciales, no debería de ir ligada a una mayor formación académica y profesional?.

El sistema salarial del, Agenda for Change²⁶, ha marcado un antes y un después en el desarrollo profesional de la enfermería especializada. A diferencia del SNS español, la enfermería en RU es una profesión claramente jerarquizada y regida por el mérito personal cimentado en la práctica y ratificado por la evaluación de competencias, no solo por la antigüedad (Tabla 1).

La enfermera graduada se incorpora a la vida profesional como grado 5 (band 5). Anualmente será evaluada por un especialista mediante “performance appraisal”, o evaluación de rendimiento, hasta la consecución de las competencias inherentes al puesto. Con el tiempo y la formación necesaria adquirirá nuevos conocimientos y destrezas hasta que esté preparada para asumir mayores responsabilidades y/o especializarse mediante un sistema de residencia que le facilitará el acceso al grado 6 (band 6). Posteriormente ampliará funciones de liderazgo, (grado 7), dirección (grado 8), y gestión (grado 9) (Tabla 2).

Tabla 1. Estructura jerarquizada en ciencias de la salud, Reino Unido, de acuerdo a los criterios del RCN

	Healthcare Sciences	Management	Midwifery	Nursing
Band 9 More senior staff	Director of Regional Genetics Service	Director of Human Resources	Director of Maternity Services	Director of Nursing
Band 8 Consultant Practitioners	Consultant Clinical Scientist (Medical Physics)	Maxilofacial Laboratory Manager	Consultant Midwife	Nurse Consultant in Public Health
Band 7 Advanced Practitioners	Specialist Respiratory Physiologist	Head of Accounts	Head of Midwifery	Team Lead Health Visiting (SCPHN)
Band 6 Specialist Practitioner	Senior Biomedical Scientist	Project Manager	Community Midwife	School Nurse
Band 5 Practitioners	Cardiac Physiologist	Payroll Manager	Midwife	Community Staff Nurse

Tabla 2. NHS Agenda for Change pay scales – 2013/2014

Band 5	Band 6	Band 7	Band 8				Band 9
			Range A	Range B	Range C	Range D	
21,388	25,783	30,764	39,239	45,707	54,998	65,922	77,850
22,016	26,822	31,768	40,558	47,088	56,504	67,805	81,618
22,903	27,901	32,898	42,190	49,473	59,016	70,631	85,535
23,825	28,755	34,530	43,822	52,235	61,779	74,084	89,640
24,799	29,759	35,536	45,707	54,998	65,922	77,850	93,944
25,783	30,764	36,666	47,088	56,504	67,805	81,618	98,453
26,822	31,768	37,921					
27,901	32,898	39,239					
	34,530	40,558					

Fuente: Royal College of Nursing ²⁶

Nos hallamos ante un sistema de evaluación de la carrera del más apto, del más competente, de quién más se ajusta al perfil del puesto de trabajo y el que así lo demuestre en su práctica profesional irá ascendiendo, con igualdad de oportunidades, en el sistema de grados (bands) con el correspondiente aumento de salario de acuerdo a las competencias y funciones ejecutadas. Diametralmente opuesto, es bien conocida la carencia de autonomía del SNS español que se ajusta a la selección discrecional de los gestores con puestos de confianza en una administración politizada.

6. El programa de residencia

Atendiendo a un orden histórico, la enfermería basada en la evidencia surge en Inglaterra, conceptualmente del ámbito académico en la Universidad de York, primer centro que articula la investigación a las necesidades de la práctica clínica²⁷. RU es uno de los países que ha alcanzado un mayor desarrollo en la investigación enfermera lo cual implica que todos los avances realizados en AP tienen que ir avalados por la evidencia científica.

Una característica del programa formativo en RU es el cambio del paradigma educativo que supone un sistema de residencia orientado a la potenciación de las competencias y habilidades especialistas asentadas en la evidencia científica. A diferencia del programa docente español, el programa anglosajón de especialización consta de un componente académico universitario (50%) y otro práctico (50%) en completo equilibrio (Tabla 3).

Tabla 3. Programa de estudios Specialist Community Public Health Nurse (SCPHN) de King's College.

**Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery
King's College London**

PG Dip Specialist Community Public Health Nursing

	Term 1	Term 2	Term 3	Credits
Year 1	Leadership in Public Health Measurement & Evaluation for Healthcare Practice	Evidence Based Decision Making in Healthcare Child Protection: Assessment & Intervention Prescribing from the Community Nurse Prescribers Formulary	Option (If not taken in term 2)	120
	Professional Portfolio	Professional Portfolio	Professional Portfolio	

NB: Teaching for the Professional Portfolio spans all three terms

Fuente: King's College. <http://www.kcl.ac.uk/prospectus/>

Durante el primer año de residencia, el enfermero residente cursa 120 ECTS y se examina de 6 materias. Durante el segundo año completa el libro del residente o portfolio, y cursa una materia de investigación de 60 ECTS llamada Dissertation. En resumen atiende a un total de 4.500 horas académicas que incluyen la asistencia al aula, dedicación al estudio, realización de seminarios, resolución de casos clínicos, e investigación.

Un modelo avanzado donde el residente pasa de la docencia por enseñanza basada en la recepción de conocimientos, a la docencia por aprendizaje, planteada en base al desarrollo de competencias en la práctica supervisada de aprendiz a experto.

Conclusión

El SNS tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben de abordarse de manera inmediata para mejorar su costo-efectividad y reforzar su sostenibilidad.

Se estima que el 70% de los factores que influyen en la salud de un individuo yacen en el ámbito demográfico, social, ambiental y económico¹, y por lo tanto, fuera del alcance actual de la AP. El ajuste presupuestario requiere una gestión rigurosa y responsable, que exhorta a revisar, y redefinir todos los aspectos organizativos que puedan generar ineficiencias.

La AP de Salud es la pieza clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, sin embargo, sufre un proceso progresivo de postergación, tanto presupuestaria como de recursos de personal y de pérdida de protagonismo en promoción de salud y salud comunitaria. Al igual que en RU, en España debemos de abogar por el desarrollo de la especialidad y empoderamiento en EFyC, las ACE, la troncalidad, y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especialista iniciados por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). No obstante, debemos de empezar por partir de una categoría independiente, definir puestos especialistas de acuerdo a las competencias contenidas en el RD de Especialidades de Enfermería 450/2005²⁰, y asignar a cada puesto de trabajo el perfil profesional más adecuado en función de la capacitación requerida teniendo en cuenta la complejidad de los cuidados a prestar. Reformas en este sentido se traducen, a corto plazo, en satisfacción profesional, reconocimiento y calidad asistencial, y a medio-largo plazo, en coste-efectividad y progreso en salud poblacional.

Bibliografía

1. Ruane S, Sánchez Bayle M, Gurucelain J, Lores M and Sánchez Llopis E. Un diagnóstico comparado de los sistemas públicos sanitarios de España y Reino Unido. Madrid: Fundación Primero de Mayo. 2012.
2. Woodham Smith C. Florence Nightingale. 1820-1910. London, UK: Constable and Company Ltd. 1992.
3. Monteiro L. Florence Nightingale on Public Health Nursing. Am J Public Health. 1985. 75: 181-186.
4. Brainard A. The evolution of public health nursing. New York: Garland. 1989.
5. The Queen's Nursing Institute. Health Visiting. London: QNI. 2010. Consultado 19/01/14. Disponible en: http://www.qni.org.uk/for_patients/the_work_of_nurses/health_visiting
6. Abbott P, Wallance C. Health visiting, social work nursing and midwifery: a history. En: Abbott P, Meerabeau L (eds). The Sociology of the Caring Professions. London, UK: UCL Press. 1998.

7. Baldwin S. Exploring the profesional identity of health visitors. *Nursing Times*. 2012; 108 (25): 12-15.
8. Department of Health. Making a Difference: strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare. HMSO, London. 1999.
9. Healthy Child Programme: pregnancy and the first five years. HMSO, London. 2009.
10. Department of Health. Healthy Lives, Healthy People: our strategy for public health in England. HMSO, London. 1999.
11. Department of Health. Saving Lives: our healthier nation. HMSO, London. 1999.
12. Department of Health. Choosing Health. Making healthier choices easier. HMSO, London. 2004.
13. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services. 1974.
14. Twinn S, Cowley S (ed). The principles of health visiting: a re-examination. London, UK: HVA/UKSC. 1992.
15. Department of Health and Social Security. Inequalities in health: report of a research working group. London: DHSS. 1980.
16. Department of Health. Health Visitor Practice Development Resource Pack. London, UK: Stationery Office. 2001.
17. Department of Health (2011) Health Visitor Implementation Plan 2011-15: A Call to Action. London, UK: DH. 2011
18. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1979.
19. McLaren L, Hawe P. Continuing professional education: Ecological perspectives in health research. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 6-14.
20. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Publicado en el BOE número 108 de 5 de mayo de 2005.
21. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Publicado en el BOE número 45 de 21 de febrero de 2008.
22. Lassi Z, Cometto G, Huicho L et al. Systematic reviews. Quality of care provided by mid-level health workers: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the OMS*. 2013; 91: 824-833.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data. Base de données de l'OECD sur la santé 2013. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013. España en comparación. OECD. 2013. Disponible en:
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ESPANA-2013-in-Spanish.pdf>
24. Consejo General de Enfermería. Informe sobre recursos sanitarios en España y la unión Europea 2013. Análisis comparativo de la situación de médicos y enfermeros. CGE. 2013.
25. Benner P. From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley. 1984.

26. Royal College of Nursing. NHS Agenda for Change pay scales -2013/2014. London, UK: RCN. 2013
27. Alcolea M, Oter C, Martín A. Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia. Nure Investigación, Mayo-Junio.2011;52:1-7.

Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria.

Towards a new model of care in the pluripatologic patient. Point of view of the primary care nursers

María Arántzazu González Álvarez. *Especialista en Enfermería F y C. Especialista en Enfermería Geriátrica.*

Maria Teresa Quinteiro Dopazo. *Enfermera de AP (C.S. El Llano, Gijón)*

Fernanda del Castillo Arévalo. *Enfermera de AP (C. S. Contrueces, Gijón)*

Ana Cao Fernández. *Subdirectora de Enfermería área V.*

Eugenia Fernández González. *Enfermera de AP (C.S. El Coto, Gijón)*

Maria Elena Álvarez Alonso. *Enfermera de AP (C.S. Venta de las Ranas, Villaviciosa)*

Cómo citar este documento

González Álvarez MA, Quinteiro Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 36-42

Resumen

La reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la cronicidad desde un modelo integral en el que se garantice la continuidad de la atención y se busque la excelencia y la eficiencia parece una tarea ineludible para los diferentes servicios de salud.

En el Área Sanitaria V se puso en marcha un grupo de trabajo compuesto por profesionales de distintas disciplinas, tanto de Atención Primaria (AP) como de diversos servicios de Atención Hospitalaria (AH), para elaborar una propuesta de mejora de la atención a los pacientes con pluripatología. Presentamos un resumen de dicha propuesta elaborada por las enfermeras de AP.

Palabras Clave

Enfermeras de salud comunitaria, enfermedad crónica, continuidad de la atención al paciente.

Abstract

The reorientation of health care systems towards chronicity from a comprehensive model in which to ensure the continuity of care and seek excellence and efficiency seems essential for health services. The Health District V working group, composed of professionals from different disciplines, both Primary Care and various services of Hospital Care, was created in order to develop a proposal for improving the care of patients with pluripathology. A summary of the proposal, developed by primary care nurses, will be subsequently presented.

Keywords

Nurses community health, Chronic disease, Continuity of Patient Care.

Introducción

Desde el inicio de la AP en el año 1985, en Asturias, se responsabilizó a las enfermeras de prestar cuidados a pacientes con patologías crónicas, si bien de una forma fragmentada, basándose en los protocolos existentes para unas patologías definidas y atendiendo a unas Normas Técnicas Mínimas recogidas en la Cartera de Servicios que medía básicamente datos clínicos; así mismo se les responsabilizó de la atención a los pacientes inmovilizados, aunque el impacto de esta atención nunca se haya podido evaluar correctamente.

Nuestro grupo de trabajo considera que la AP es el ámbito ideal para proporcionar una respuesta eficaz a las necesidades de cuidados de las personas con pluripatología y el nivel desde donde se debe liderar y coordinar las estrategias asistenciales relativas a estos pacientes.

En diferentes CCAA, en las que tal vez se dé un escaso desarrollo de la AP, para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes con problemas crónicos, han creado diferentes modelos de atención, en los que incluyen las enfermeras gestoras de casos o de enlace comunitarias, sin tener en cuenta la capacitación y las posibilidades de desarrollo competencial de las enfermeras de AP.

Nuestra propuesta es avanzar hacia un modelo de Gestión de cuidados para los pacientes pluripatológicos liderado por las enfermeras de AP; este modelo va dirigido a personas con un perfil de fragilidad, vulnerabilidad o complejidad, caracterizado por discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familiares, necesidad de apoyo para actividades básicas de cuidado personal y actividades instrumentales, para el manejo y control de síntomas, para el manejo del régimen terapéutico, necesidad de cuidados multidisciplinarios y continuados, y que demanda múltiples recursos de toda la red asistencial. Es un perfil que espera seguridad y continuidad de sus cuidados en los distintos ámbitos en los que se encuentre, y que para ello precisa un profesional responsable a lo largo de todo su proceso asistencial.

Creemos que las enfermeras de AP tienen, o deben tener, las competencias necesarias para el manejo de estos pacientes y actúan o pueden actuar como gestoras de cuidados en el centro y en el domicilio, con la capacidad de educar y coordinar recursos. Clara muestra de ello es que todas las competencias que se definen para las enfermeras gestoras de casos en AP, están presentes en el programa formativo de la enfermera especialista en salud familiar y comunitaria. Pero no podemos obviar la variabilidad de acción existente entre los profesionales de nuestros Centros de Salud, entre ellos las enfermeras, por tanto, es necesario desarrollar mecanismos conducentes a disminuir esta variabilidad mediante la formación continuada y el establecimiento de guías clínicas y protocolos de actuación que

mejoren las competencias de los profesionales en beneficio de la población y de la sostenibilidad del sistema y que promuevan trabajar con metodología enfermera y con la mejor evidencia científica disponible.

La administración sanitaria debe generar cambios desde un modelo global, aprovechando los recursos humanos de los que ya dispone, adecuadamente coordinados y revalorizando a las enfermeras de familia.

Debemos definir un modelo de atención en el se prioricen las actuaciones para prevenir o retardar las enfermedades; para ello debemos trabajar por un lado en estrategias que faciliten el empoderamiento del individuo en su óptimo autocuidado y por otro invertir en el desarrollo de intervenciones comunitarias de promoción y prevención, llevadas a cabo por enfermeras de AP, para promover una mejor salud en la población y dar un servicio más global, en el que la atención se inicie en las fases precoces de las enfermedades, cuando la situación de los pacientes ofrece mejores perspectivas de recuperación.

Una vez instaurada la enfermedad este modelo de atención debe asegurar la continuidad de los cuidados en las transiciones asistenciales, entendiendo estas como algo temporal, y con el objetivo de una reincorporación planificada a su domicilio y comunidad.

Proponemos avanzar hacia un modelo de Gestión de cuidados, planteando un procedimiento que agrupa y ordena las actividades que llevan a cabo las enfermeras de AH y AP en los modelos de gestión de casos, de manera que en AP estas son asumidas por la enfermera familiar y comunitaria como responsable del proceso salud-enfermedad del paciente a lo largo de su vida, y por las enfermeras del ámbito hospitalario en los ingresos temporales, siempre de manera coordinada, ya que la reducción de descompensaciones y de hospitalización evitables, dependen de un manejo adecuado compartido por AP y AH.

Consideramos que para llevar a cabo este proyecto se debe tener en cuenta varios elementos clave y se precisan unos requisitos.

Desarrollo

1. Elementos clave

- Orientación hacia un modelo de atención proactivo y coordinado entre los diferentes niveles asistenciales.
- El paciente como eje central.
- Desde una perspectiva integral de la persona, que contemple su entorno y sus cuidadores, evitando centrarse en una determinada enfermedad predominante.
- Con abordajes individualizados, adaptando los cuidados a las distintas fases de su proceso y las necesidades del individuo
- Enfatizando las intervenciones tendentes a la capacitación de las personas para su autocuidado, fomentando la responsabilidad sobre su propia salud y evitando la dependencia de los profesionales sanitarios. Todo ello con el fin de lograr el empoderamiento de las personas en su óptimo autocuidado. Proporcionarles las herramientas necesarias para tomar sus propias decisiones en relación con su salud, pero siempre desde el conocimiento.
- Haciendo efectiva una adecuada coordinación interniveles y con servicios sociales.

2. Requisitos necesarios, deseables alcanzar a corto/medio plazo:

- Formación a los profesionales para la adquisición de conocimientos específicos.
- Aplicación de protocolos y guías clínicas que recojan la aportación de las enfermeras.
- Promoción del trabajo en equipo entre médico, enfermera y trabajador social y otros perfiles profesionales implicados.
- Definir las responsabilidades y las acciones que deben desarrollar cada miembro del EAP para que cada uno desarrolle su campo competencial promoviendo la eficiencia del sistema.
- Adecuar la herramienta informática para facilitar el registro y la elaboración de Planes de Cuidados.
- Definir los indicadores precisos para medir y evaluar estos procesos, desde el marco de la calidad y eficiencia, no solo de la actividad, indicando a los profesionales la forma de registro, cómo se realizará la medida y proporcionando feed-back de los resultados como medida para favorecer el cumplimiento de actividad.
- Adecuar los recursos de enfermeras en los Centros de Salud según las necesidades de cuidados y la complejidad de los mismos.
- Compromiso institucional para la potenciación de las enfermeras de AP como gestoras de cuidados de los pacientes frágiles y pluripatológicos mediante el impulso de un cambio en el modelo de atención en AP.

3. Identificación y captación de la población diana

La identificación se realizará en cualquiera de los dos niveles asistenciales teniendo en cuenta de forma prioritaria una serie de características:

- Presencia de enfermedad avanzada y/o pluripatología, con importante morbilidad e inestabilidad clínica y polimedicación.
- Enfermedad irreversible con recuperación variable, buscando fundamentalmente como objetivo la mejora de la calidad de vida.
- Dependencia para las AVD por incapacidad física y/o cognitiva.
- Problemas psicológicos y/o sociofamiliares de gran importancia de cara a la recuperación.
- Edad avanzada con ingresos hospitalarios frecuentes.

4. Propuesta para la continuidad de cuidados

Existen dos tipos de transiciones asistenciales en las que debemos asegurar una adecuada coordinación y transmisión de la información:

4.1. De AP a AH

En caso de *ingreso programado* de pacientes identificados como población diana, deberíamos incorporar en el medio plazo, el *informe de continuidad de cuidados de enfermería al ingreso*, donde se recogería la información de la situación previa del paciente (la información mínima sería la Valoración Enfermera, Diagnósticos de Enfermería, cuidados actuales y recomendaciones al ingreso).

Debería adaptarse la herramienta OMI-AP para elaborar automáticamente este informe y que pueda visualizarse a través de la Historia Resumida de Salud.

4.2. De AH a AP

Hemos definido que todas las actividades a realizar con un paciente con altas necesidades de cuidados en su domicilio pueden ser coordinadas por la enfermera comunitaria de referencia del paciente, pero durante el ingreso hospitalario también debemos garantizar una atención integrada y coordinada y una continuidad real de los cuidados en la transición al domicilio tras el alta.

Para ello **creemos necesario contar en el Área con la figura de una enfermera hospitalaria** que sería la responsable de la **coordinación** de los cuidados que precise el paciente y su familia o cuidador durante el ingreso y también al alta, garantizando la continuidad informativa y asistencial.

"Todas las actividades a realizar con un paciente con altas necesidades de cuidados en su domicilio deben ser coordinadas por la enfermera comunitaria de referencia del paciente"

5. Acciones que deben desarrollar las enfermeras de familia con el paciente y su cuidador

De forma general el papel de la enfermera de familia en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se centra en:

- la identificación de situaciones de déficits de autocuidados,
- la detección precoz de signos de descompensación y su abordaje,
- el fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados,
- la información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado,
- la elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo,
- el asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia,
- el apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad,
- la atención simultánea al cuidador principal, no solo para el asesoramiento de los cuidados que asume, sino abordando sus problemas, dando apoyo emocional y social y previniendo la aparición de patologías físicas y psíquicas,
- y asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia del paciente y con el segundo nivel.

6. ¿Qué hacer en la consulta o domicilio?

Las características de estos pacientes frágiles, con comorbilidad, dependientes y con múltiples necesidades de cuidados, hace que en muchos casos tengan grandes dificultades para acudir al Centro de Salud y que se vean favorecidos por la atención domiciliaria; las enfermeras de Atención Primaria debemos asegurar a estos pacientes una atención integral y

longitudinal por ello deberíamos promover de forma proactiva la atención domiciliaria de todos aquellos con dificultad para desplazarse.

Tanto en el Centro de Salud como en el domicilio, se realizará una valoración integral siguiendo el modelo de patrones de salud que incluya una valoración funcional mediante las escalas habituales (Barthel o Katz) , valoración cognitiva si procede (Pfeiffer y minimental test) y una valoración de signos y síntomas susceptibles de empeoramiento de sus procesos; se trata de detectar: necesidades de cuidados (educativas, cognitivas, físicas y psicosociales), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal; una vez detectadas las necesidades del paciente y cuidador se realizará un plan de cuidados y se llevarán a cabo las intervenciones pertinentes a través de una serie de actividades de enfermería.

Para el registro de la actividad en OMI-AP proponemos la creación de un Plan Personal Jerárquico ("ppj") transversal que recoja elementos clave de la atención enfermera y que pueda servir para cualquier patología crónica o para el paciente pluripatológico, olvidando centrarse exclusivamente en datos clínicos, signos y síntomas y parcelando en diferentes episodios la actividad integral desarrollada.

La periodicidad de las visitas tanto si son en el Centro de Salud como en el domicilio, irá en función de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia, siendo apropiado establecer de forma consensuada con el personal del área un cronograma con unas visitas mínimas. Existen protocolos dentro de los programas de atención domiciliaria, donde se establece la periodicidad mínima de las visitas según la suma del número de procesos crónicos del paciente y su grado de dependencia.

Conclusión

La importante transformación que está sufriendo la estructura de la población en las últimas décadas exige un nuevo rumbo en el abordaje de la cronicidad. Para dar respuesta a estos cambios, en este año 2014, se presenta en Asturias el Plan de Ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias bajo el lema: Personas sanas, Poblaciones sanas. La aparición de fenómenos como la Pluripatología, la cronicidad y la polimedicación requieren de una actuación integradora y centrada en el paciente y en la comunidad.

Apostamos por la figura de la Enfermera Familiar y Comunitaria como elemento clave dentro del modelo de gestión de cuidados sin necesidad de crear un modelo fragmentador de los mismos. Todo ello acorde con las nuevas líneas estratégicas del Principado en las que se apuesta por la participación y la autonomía del paciente y por una continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos, facilitando a los profesionales una adaptación de las intervenciones priorizando que el tiempo sea dedicado a actividades con mayor valor añadido, evitando burocracias y duplicidades.

Y en cuanto a otra línea estratégica que es la *Salud en todas las políticas*, se apuesta por la promoción de estilos de vida saludables, alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol y en todo ello la Enfermera Familiar y Comunitaria juega un papel fundamental.

Bibliografía

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
2. Manual de competencias del/ de la enfermero/a gestor/a de casos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junio 2012.

3. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE num 157. 29 de junio de 2010.
4. Ferrer Arnedo, C. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. Metas de Enfermería 2011; 14 (8): 3-3
5. Morales JM, Sarriá A. "Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática". Rev Calidad Asistencial. 2006; 21:51-60.
6. Ferrer C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. Revista EFC. Vol 1, nº 1- febrero 2013. Ed SPA.
7. Morales Asencio, JM. El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. RIDEC. 2010; 3 (2): 97-105
8. Martínez Carpio A, Miguelez Chamorro A, Ferrer Arnedo C, Sarabia Cob C, Espejo Matorrales F, Contel Segura JC et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. Grupo de Crónicos de FAECAP, mayo 2013.
9. Morales Asencio, JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. Index de Enfermería 2009; 18(4): 249-257
10. Vázquez García R, Berenguer García MJ, Calderón Sandubete EJ, Castro Fernández AJ, Cubero Gómez JM, Cuevas Fernández-Gallego M et al. Insuficiencia Cardiaca. Proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. 2012 [acceso 10 de junio de 2013]. Disponible en http://www.google.es/url?q=http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca_2e.pdf&sa=U&ei=ysvXU86IKseo0QXLuIDgAQ&ved=0CBQQFjAA&sig2=Gh7MTAWTtV3Pf2zX0yBSlg&usg=AFQjCNHscU7SRSfnIHG4fiW1DohAcEudFQ
11. Pérez Otero R, García García M, del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2013 Abr; 1 (2): 9-26.
12. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos Enferm Clin. 2014; 24(1): 44-50.
13. SEMAP. El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. Cuadernos SEMAP. 2013 [acceso 17 de diciembre de 2013]. Disponible en http://www.semap.org/docs/CUADERNOS_SEMAP_El_papel_de_la_EFyC_en_la_cronicidad.pdf.
14. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. 2014 [acceso 23 de Junio de 2014]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf.
15. Programa de atención domiciliaria. Centro de Salud Rafalafena. 2010 [acceso 7 de julio de 2014]. Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/images/otros/at%20domiciliaria.pdf>.

La falsificación de medicamentos y la venta en internet, un problema de salud pública

Counterfeit drugs and the selling over the internet, a public health problem

Àngel Miguel Redondo

Enfermero. C.S Infiesto (Asturias)

Cómo citar este documento

Miguel Redondo A. La falsificación de medicamentos y la venta en Internet, un problema de salud pública. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 43-46

Reseña del libro homónimo que recoge el discurso pronunciado por D. Álvaro Domínguez-Gil Hurlé, Doctor en Farmacia, en la Academia de Farmacia de Galicia, en Santiago de Compostela en mayo de 2012.

Existe consentimiento expreso del autor correspondido con nuestro afectuoso agradecimiento.

Resumen

La falsificación de medicamentos es una práctica muy lucrativa y tiene diferentes características según el país y el nivel cultural. La venta por Internet representa un peligro pues se trata de una prescripción sin la intervención de ningún profesional sanitario.

Palabras Clave

Medicamento, falsificación, internet

Abstract

The counterfeit drugs is a very lucrative practice and has different characteristics according to the country and the cultural standard. The sale over Internet represents a danger on having treated itself about an action of purchase without intervention of the health professional.

Keywords

Drug, counterfeit, Internet.

Desarrollo

1. La falsificación de medicamentos

La falsificación de productos comerciales y de bienes de consumo es una práctica de larga tradición que prospera en muchos países y está motivada principalmente por las grandes ganancias que se obtienen, incluso por encima del tráfico de estupefacientes.

La implicación de grupos mafiosos del crimen organizado ha potenciado esta práctica, haciéndola pasar de una falsificación artesanal a una a gran escala, con fábricas ilegales destinadas a copiar productos de gran demanda en los países desarrollados.

Entre las falsificaciones más frecuentes, podemos encontrar:

- Ausencia total del principio activo, dosificación incorrecta, sustitución del principio activo por otro diferente, presencia de impurezas o sustancias tóxicas, inclusión de embalaje o documentación falsa.
- La mayor problemática en cuanto a falsificación, se da en los países menos desarrollados debido a: ausencia de medios científicos y económicos para detectar las falsificaciones, debilidad de la cadena farmacéutica, ausencia de reglamentación estricta y la oferta limitada de medicamentos y sus elevados precios.

Podemos clasificar los países en cuatro grupos, en función del porcentaje de medicamentos falsos detectados:

- Países de muy elevada incidencia: Centro y Sudamérica y África, en estos países las cifras de medicamentos falsificados son superiores al 20% y en los casos más drásticos puede superar el 50%. En países como Nigeria y en Angola, la OMS estima que hasta el 70% de los medicamentos podrían ser falsificaciones. Se calcula que en Venezuela entre el 7 y el 8% del mercado farmacéutico local es falsificado.
- Países de elevada incidencia: Sudeste Asiático, China y las antiguas repúblicas soviéticas, con cifras entre el 11 y el 20%. En Rusia la cifra oficial es el 10% pero las previsiones más realistas estiman que es el 35%. India se posiciona como el mayor productor mundial de medicamentos falsificados y de baja calidad, seguido de China.
- Países de baja incidencia: Cuenca mediterránea de África, península Arábiga y Oriente Medio. Las cifras rondan el 1-10%, si bien hay casos como el Líbano o los Emiratos Árabes Unidos, donde según la OMS podrían superar el 30%.
- Países de incidencia puntual: Norteamérica, Europa, Japón y Australia. Incidencia inferior al 1%.

Estos datos son aproximados puesto que es muy difícil obtener cifras exactas, ya que se trata de un comercio ilegal y clandestino.

Existen claras diferencias sobre qué medicamentos falsificados nos podemos encontrar:

- **Países desarrollados:** Fármacos contra la disfunción eréctil, contra la alopecia, productos para dejar de fumar, antiobesidad, hormonas o esteroides anabolizantes.
- **Países en vías de desarrollo:** Antiinfecciosos para tratar infecciones endémicas potencialmente mortales, también antiasmáticos, antituberculosos, antisida, antialérgicos, antipalúdicos, analgésicos y antibióticos en general.

La falsificación de medicamentos tiene una serie de gravísimas consecuencias y produce daños a diferentes niveles: Daños que afectan a la salud de la persona que los toma, a la Salud Pública, al Sistema Sanitario, a la empresa titular, a la confianza del paciente y a las finanzas del estado, políticas de generación de empleo y seguridad.

El éxito que tiene este tráfico ilegal mundial podría deberse, entre otros, a alguno de estos factores, especialmente en países en vías de desarrollo: Ausencia de marcos jurídicos, colaboración ineficaz entre las partes implicadas, globalización, ineficacia en los controles de fabricación, importación y distribución, mejora en la fabricación de medicamentos falsificados, analfabetismo y pobreza de los consumidores, rentabilidad elevada, ausencia de regulación de precios, inexistencia de seguridad social o cobertura escasa, Internet.

Las responsabilidades de los gobiernos incluirían: Dispositivos de seguridad, control, vigilancia, comunicación, legislación, coordinación de actividades de las autoridades de salud y aumentar la conciencia social acerca de este problema y de la necesidad de adquirir los medicamentos en establecimientos legalmente autorizados.

2. La venta de medicamentos por internet

Resulta paradójico que en España se haya aprobado la venta de medicamentos sin receta a través de Internet (Ley 29/2006, de 26 de julio) cuando la mayoría de las organizaciones sanitarias de ámbito internacional alertan del peligro que ello conlleva. En España, donde tenemos la mayor y mejor distribuida red de farmacias y los precios de medicamentos más bajos de Europa, la apertura de este canal de distribución provocará situaciones fácilmente predecibles, marcadas por la inseguridad jurídica, la ausencia de control técnico, el fomento del autoconsumo y la automedicación por publicidad encubierta, e incluso, abusos, estafas, aparición de mafias y comercio con medicamentos falsificados.

El paciente pasa a ser un mero consumidor de fármacos independientemente de que precisen o no receta. Con la venta por Internet, todas las garantías desaparecen porque es el propio consumidor quien se diagnostica y dispensa.

Realmente, el problema existe desde hace mucho tiempo. Lo que ha hecho Internet ha sido amplificar el fenómeno, al simplificar los medios para obtener el producto.

Entre quienes reconocen haber adquirido medicamentos a través de Internet, los porcentajes de los distintos tipos de medicamentos son los siguientes:

- Tratamientos para la gripe 59,2% (encuesta realizada en noviembre de 2009)
- Pastillas para adelgazar 22,5%
- Medicamentos para dejar de fumar 16,8%
- Medicamentos para el dolor crónico 16,1%
- Fármacos contra la disfunción eréctil 14%

Se manejan varias razones que podrían explicar el gran éxito de la venta de medicamentos por Internet: Facilidad, comodidad, anonimato (SIDA, disfunción eréctil...), posibilidad de obtener medicamentos sin receta, acceso a medicamentos no autorizados, falta de percepción sobre los riesgos asociados a la utilización de medicamentos

*"Realmente el
problema existe
desde hace mucho
tiempo. Lo que ha
hecho Internet ha
sido amplificar el
fenómeno"*

falsificados, economía, ahorro de tiempo.

Una serie de operaciones nacionales e internacionales exitosas, demuestra que detener la oleada de medicamentos falsos, peligrosos y defectuosos requiere la estrecha colaboración del sector salud, las entidades reguladoras competentes, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales.

Las que han tenido más éxito y mayor repercusión en los medios de comunicación han sido coordinadas por INTERPOL, el Grupo Especial Internacional contra la Falsificación de Productos Médicos (IMPACT) y la OMS.

Conclusión

A diferencia de otros productos que se venden a través de Internet, los medicamentos tienen un impacto directo en la salud. Para su buen fin se requieren las garantías de calidad, seguridad, eficacia y correcta información que dan las autoridades sanitarias y una adecuada actuación de los profesionales sanitarios en cuanto a prescripción y dispensación.

Una vez más, desgraciadamente, vemos cómo el nivel de salud es directamente proporcional al nivel económico y cultural.

Las enfermeras y los enfermeros de Atención Primaria debemos facilitar al usuario y a la Comunidad en general una información veraz, clara y contrastada sobre este tema. Este modesto artículo pretende contribuir a ello.

Taxonomía enfermera

NIC 2380: "Manejo de la medicación"

Actividades: 238001, 238024 y 238025

NIC 5510: "Educación sanitaria"

Bibliografía

1. Domínguez-Gil Hurlé A. La falsificación de medicamentos y la venta por internet, Un problema de salud pública. Academia de Farmacia de Galicia. Discurso de ingreso como Académico Correspondiente. Santiago de Compostela. Mayo de 2012.



El laboratorio de prácticas innovadoras en Polimedicación y Salud

José Manuel Garzón Hernández

Médico de familia

Responsable de coordinación académica del laboratorio (Gijón)

Antonio Villafaina Barroso

Farmacéutico

Presidente y coordinador del laboratorio del Servicio Extremeño de Salud.

Cómo citar este documento

Garzón Hernández J, Villafaina Barroso A. El laboratorio de prácticas innovadoras en polimedicación y salud. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA), 2014 Ago ; 2 (3): 47-48

Desarrollo

El envejecimiento de la población y el aumento de procesos crónicos conllevan, en muchos casos, un consumo elevado de fármacos, lo que a su vez aumenta el número de efectos adversos, ingresos hospitalarios e incluso muerte. Este problema no es ajeno a los profesionales y autoridades sanitarias y por ello se han puesto en marcha en nuestro país diversas estrategias para abordar el problema de la Polimedicación. Las enfermeras de Atención Primaria somos conscientes de la magnitud de este problema y parte directamente implicada en su abordaje, desde SEAPA a través de la revista RqR Enfermería Comunitaria, presentamos una de las iniciativas más interesantes y novedosas del Estado, para ello contamos con José Garzón y Antonio Villafaina que de forma entusiasta y poética nos explican su proyecto.

Cosas tan dispares como la amistad, las conexiones, los acantilados, las pastillas (claro), las cerezas y las cervezas, los buitres, el mar Cantábrico, un país de América del Sur, la misma mirada sobre problemas distintos, las diferencias defendidas a voces, los abrazos, los amigos comunes que tejen telas de araña, el pañuelo del mundo, las palabras, las revoluciones, el cielo inmensamente azul, el amor, el entusiasmo, la locura, las nubes con la barriga gris hinchada de lluvia, la incredulidad, los compadres, las preguntas, la paciencia, algo que escribió Saramago, la osadía, el espacio exacto que ocupa una puerta que debe abrirse, las certezas, el tiempo preciso que transcurre entre una conversación telefónica y la siguiente, no negarse jamás tres veces, la necesidad de cambiar las reglas, los trucos de prestidigitador descreído, la buena gente, una corbata negra, las gafas de pasta, la mala gente, el coraje, la ignorancia, la valentía, el miedo, de nuevo las dudas, las historias reales que parecen mentira y las ganas, sobre todo las ganas de dos tipos, Enrique Gavilán y Antonio Villafaina, necesarios aunque no hagan otra cosa que respirar en una esquina y el azar que los unió en un lugar y en un tiempo, forman parte del Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud (@polimedilabs).

Como todas las historias verdaderamente importantes el inicio es incierto. Pongamos el año dos mil nueve el tiempo, pongamos la ciudad de Plasencia el lugar y un libro: "Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica". Pero, más allá de un espacio tangible, el Laboratorio es un encuentro, una mirada, una realidad líquida y maleable que se modifica, se adapta, aparece y desaparece en una consulta médica en Madrid, en el escritorio de una casa en Huelva, en un auditorio en Menorca o simultáneamente en las pantallas de decenas de ordenadores en varias ciudades del mapa que ustedes elijan, siempre a la búsqueda de mejorar la salud y la seguridad de los pacientes y de la comunidad, contribuir al desarrollo y a la evaluación de proyectos basados en el estudio, la investigación y la innovación del fenómeno de la polimedicación, y formar e informar a los profesionales sanitarios y a los grupos de pacientes, desde un punto de vista integrador y holístico (Holismo: doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen), que tiene en cuenta las distintas concepciones biológicas, psicológicas, sociales y comunitarias. Es un proyecto de trabajo libre y abierto en el que sus integrantes disfrutan y se enriquecen participando en un proceso de formación continuada, cooperativa y permanente cuyo objetivo es crear un espacio de colaboración y encuentro entre profesionales y pacientes-ciudadanos, en las dos plataformas, una clínica y otra formativa, que vertebran el Laboratorio y en las que se puede trabajar a través de la página de internet: www.polimedicado.org.

*"Como en todas las historias verdaderamente importantes el
inicio es incierto"*

Entre las actividades que el Laboratorio ha llevado a cabo estos años destacan los cursos *online* de Polimedicación (que cumple su segunda edición) y de Seguridad del Paciente, los cursos presenciales realizados en Vigo, en Menorca, en Murcia y en el País Vasco, el Festival Internacional de Cortometrajes sobre Polimedicación que, si todo transcurre según lo previsto, tendrá una segunda edición ampliada ("II festival internacional de cortometrajes y fotografía sobre medicalización de la vida, desigualdades en salud y seguridad del paciente con el uso de medicamentos") antes de que finalice 2014, el desarrollo de la plataforma "Clinic" como herramienta de trabajo y la realización de actividades de concienciación en la sociedad sobre el problema de la medicalización de la vida. El último proyecto en el que el Laboratorio está inmerso consiste en tres módulos *online* sobre "Intervenciones para los Cuidados del Paciente Polimedicado en Enfermería" acreditados con 15 créditos por la comisión de formación continuada y en cuya realización colabora el Servicio Murciano de Salud.

Nuestra idea de futuro consiste en seguir trabajando para mantener y ampliar las colaboraciones con otros profesionales, sociedades científicas e instituciones, consolidando una estructura estable y suficiente de observación, innovación y análisis, que garantice la evaluación de programas realizados en el área de la polimedicación, el uso de medicamentos y la promoción de la salud, dando soporte a la planificación y desarrollo de nuevas acciones y estrategias de investigación e innovación, e incorporando a grupos de ciudadanos, agentes sociales y asociaciones de pacientes entre nuestras alianzas preferentes, con el objetivo de llegar a ser un nodo de referencia, tanto a nivel nacional como internacional, en la red colaborativa que, para nosotros, debe ser el conocimiento. En definitiva, nuestra idea de futuro consiste en crecer, en ampliar, cuanto podamos, la lista de cosas que forman parte del Laboratorio.

Nueva Junta Directiva de Seapa

Marta Isabel Villamil Díaz

Presidenta de SEAPA



En Mayo de este año ha tenido lugar la elección de la nueva Junta Directiva de SEAPA. Está formada en su totalidad por enfermeras/os, algunos con muchos años de experiencia en Atención Primaria y esperando el examen de la vía extraordinaria, otros ya con un título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria o realizando la formación EIR, algo que nos satisface mucho, no solo porque SEAPA siempre ha apostado por esta vía formativa, sino porque dan continuidad y ponen un valor de excelencia, a la labor realizada por la enfermera en AP desde siempre, con sus conocimientos y su preparación. Esta Junta es, por tanto, una muestra representativa de la realidad que nos toca vivir.

Con la ilusión que supone para nosotros como Sociedad Científica trabajar por toda la enfermería de AP, nos enfrentamos a esta tarea con el deseo y la satisfacción de ofrecer nuestro trabajo desinteresado y ponerlo a vuestra disposición. Por tanto, nos gustaría presentarnos dando a conocer los objetivos que nos planteamos en un futuro.

En primer lugar y por delante de todo, defender una Sanidad Pública de calidad, donde nosotros como profesionales seamos capaces de dar respuesta a las nuevas demandas de la población. Esto supone colaborar con todos aquellos que desde cualquier ámbito, sanitario, social, comunitario,...etc. trabajen para conseguirlo.

Recientemente la Consejería de Sanidad ha realizado un estudio sobre la realidad asturiana en materia de salud, sus necesidades y determinantes, entre ellos el gran aumento de la cronicidad, pluripatología y problemática social agravada por la crisis. Estos problemas requieren un abordaje socio-sanitario de Promoción de la salud, Educación, Prevención y actuación hacia y desde la comunidad. La enfermería de Atención Primaria deben tener un papel relevante en todo ello, así como en la coordinación de los recursos existentes.

Todo esto no cabe duda que supone un reto para las enfermeras que trabajamos con las familias y en la comunidad ya que, aunque en muchos casos, somos expertas en esa atención a la cronicidad, dependencia y fragilidad existen otros campos en los que tendremos que redoblar esfuerzos. Es el caso de la alfabetización en salud y pacientes activos, que desean tomar las riendas de su salud mejorando su autocuidado o participando realmente en la toma de decisiones que les afectan. Aquí es donde podemos ser sus referentes, ayudándoles a avanzar en su camino y ofreciéndoles recursos sociales, sanitarios e incluso digitales, más actuales que los meros consejos en consulta.

Debemos conseguir que nuestros cuidados se adapten a todas las etapas de la vida del niño, adolescente, mujer, hombre o anciano y a todas las esferas como, prevención en el caso de ca. cuello de útero, tabaquismo,...etc y promoción en el caso de la alimentación, la esfera afectivo-sexual, los cambios vitales y todo ello dentro de un contexto de continuidad en la evolución de cada persona dentro de su comunidad. Un cribaje, una batería de pruebas o de técnicas fuera de un contexto de educación y promoción de la salud aportan poca mejoría o incluso yatrogenia por la preocupación creada y eso, enfermería lo sabe bien.

Será no menos importante, que estos cuidados queden registrados en las Historias con nuestro nombre, que existan indicadores específicos que midan la labor enfermera y que haya realmente una continuidad de cuidados bi-direccional Primaria -Hospital.

*"Tenemos por fin una
especialidad reconocida y
estamos preparados para
llevar a cabo esta tarea"*

Es un momento, este, de trabajar, formarse y demostrar que podemos hacer ese papel, porque conocemos muy bien a nuestra población, estamos cerca de ellos, contamos con su confianza, labrada a lo largo de muchos años. Tenemos, por fin, una especialidad reconocida y con título o sin él, estamos preparados para llevar a cabo esta tarea que va muchísimo más allá de la mera ejecución de unas técnicas, por avanzadas que estas sean.

Es fundamental además, que las enfermeras/os no nos quedemos con lo que se ha hecho siempre, que nos preguntemos cómo mejorar superando la costumbre y trabajando cada vez con más evidencia. De esta manera podremos compartir y publicar nuestras experiencias, reflexiones, trabajos e investigaciones, algo muy importante ya que nos permite crecer profesionalmente y en autonomía, puesto que sin investigación, la práctica está abocada a la rutina.

Desde SEAPA estaremos ahí, apoyando todo esto día a día, con grupos de trabajo, formación, para profesionales o estudiantes, Jornadas de debate, reuniones con las autoridades y gestores, con la revista RqR en la que podréis publicar vuestros trabajos o experiencias... además de todo lo que nos solicitéis, ya que estamos abiertos a vuestras sugerencias.

Todo esto, para que la Enfermería de Atención Primaria siga creciendo y logrando el lugar que merece, con un reconocimiento visible de lo que es su trabajo real y diario.

