

XXII Encuentro regional de residentes de Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria

Jornadas de Atención Primaria 2014 del Principado de Asturias

Ana Covadonga González Pisano (*Vocal de Formación e Investigación de SEAPA*)

Desarrollo

Los pasados 10 y 11 de abril de 2014 se celebró en Cangas de Onís el XXII Encuentro de Residentes, bajo el lema **“Atención al paciente crónico: dónde estamos, hacia dónde vamos”**, poniendo el énfasis en la organización del sistema sanitario y en concreto en la Atención Primaria, para el abordaje de la patología crónica.



La inauguración estuvo a cargo de D. José Mª Nieto Castañón (Gerente del Área VI) y D. Faustino Blanco González (Consejero de Sanidad del Principado de Asturias), que puso de manifiesto la importancia que las enfermedades crónicas tenían en el sistema sanitario (8 de cada 10 consulta de Atención Primaria (AP) un 33% de la población asturiana), y la prioridad de su abordaje por que suponen el 70% del gasto sanitario. También resaltó la importancia de la AP en el abordaje de las enfermedades crónicas, y la enfermería como pilar fundamental dentro de ésta.

La conferencia inaugural fue moderada por D. Rafael Cofiño Fernández (Jefe de Servicio de Evaluación de la Salud y Programas. Dirección General de Salud Pública), y tenía como título **“La integración como elemento clave para avanzar ante el reto de la cronicidad”**. D. Andoni Arcelay Salazar (Jefe del Servicio de Integración Asistencial y Cronicidad de Oxakidetza) centró su conferencia en tres puntos vertebrales: la introducción (cronicidad/integración), las herramientas/elementos, y algunos resultados.



Ya se habla de “pandemia de la cronicidad” y se sabe que un paciente crónico consume 47 veces más que un no crónico. Al plantarse la estrategia de la cronicidad, el País Vasco se basó en el Cronic Care Model (CCM) y en la estratificación de la población crónica por la pirámide de Kaiser (desarrollo de forma predictiva de dónde se encuentran los pacientes en la pirámide). Se desarrollaron 14 proyectos (paciente pluripatológico, insuficiencia cardíaca, EPOC, Diabetes Mellitus, etc.), unos con mayor profundidad que otros, poniendo el foco en la atención sanitaria *integrada*. El “qué” es la cronicidad, y el “cómo” es la integración de recursos sociales, salud pública, salud mental, tercer sector, otros agentes comunitarios, atención hospitalaria y AP. Dentro de la integración como modelo se diferencia la integración estructural, y la clínico-asistencial.

Como herramientas cuentan con las OSIS (Organizaciones Sanitarias Integradas), las rutas asistenciales y los circuitos prioritarios.

*“Ya se habla de
“pandemia de la
cronicidad” y se sabe que
un paciente crónico
consume 47 veces más
que un no crónico”*

El desarrollo de la actividad de los profesionales de enfermería en estos proyectos ha sido muy heterogéneo. Se ha desarrollado una figura que podría denominarse “enfermera de competencias avanzadas de AP” o “enfermera de continuidad de cuidados”, y se ha trabajado conjuntamente a dos niveles: con estas enfermeras y con todas las enfermeras de AP. Esta exposición generó mucho debate posterior, sobre las competencias de las especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) que incluyen aquellas que desarrollan en el País Vasco las enfermeras de Práctica avanzada o de continuidad de cuidados y si es realmente necesario para abordar la cronicidad desde enfermería, su presencia en la estrategia.

Entre otros temas, también se abordó la coordinación sociosanitaria, a nivel asistencial pero también institucional, con un objetivo prioritario que es mantener la asistencia centrada en la persona en su domicilio, desarrollo de instrumentos de valoración conjunta, de una historia clínica sociosanitaria, etc.

Siguiendo el modelo de Stanford se desarrolló el programa paciente activo (Paciente Bizia), se han creado Escuelas de Salud (Osasun-Eskola), que cuentan ya con 1.051 pacientes formados y 252 actividades de empoderamiento.

También se han desarrollado actividades transversales y coordinadas sobre aspectos de promoción/prevenición de la salud, como “Prescribe vida saludable”, tabaco, alimentación, envejecimiento activo, evaluación del impacto en salud, etc.

Se han establecido cambios en la forma de evaluar, relacionados con la financiación “capitativa”, ligados a la medición de dimensiones como la equidad, eficiencia, seguridad del paciente, atención integrada, etc.

Ha cambiado la forma de comunicarse, poniéndose de manifiesto la importancia de lo “No presencial” como la consulta telefónica o interconsultas no presenciales. Osarean, es la plataforma multicanal que da soporte a todo lo anterior.

En el ámbito de la investigación se establecen canales para fomentar su desarrollo y financiación a través de becas, fondos europeos, e incluso del contrato programa creando un “vivero” de proyectos simples pero interesantes, sin la entidad suficiente para optar a un proyecto de investigación. Para clausurar la conferencia, Andoni mostró resultados de investigación de algunos proyectos que se están llevando a cabo con buenos índices en muchos de ellos como el Paciente Bizia, la Diabetes Mellitus, la dieta, la actividad física y el control de su enfermedad.

Tras finalizar la conferencia, se inicia un rico debate que se centra en las *lecciones aprendidas* en todo este camino:

- La estrategia como paraguas: alineamiento de elementos.
- La gestión del cambio: comunicación, formación, participación y liderazgo.
- Tiempo y perseverancia (que requiere todo cambio cultural).
- Liderazgo: alineamiento de líderes y mensajes.
- Evitar la exclusividad: tener en cuenta también a los agudos, paliativos, etc.
- Reconocimiento de la experiencia existente.
- Confianza entre profesionales

Se termina el debate con un interrogante ¿Somos las enfermeras de AP realmente el pilar del sistema sanitario y de la AP?, y con una petición: la presencia de enfermeras en puestos de gestión y planificación en la estrategia que se va a desarrollar en Asturias.



La siguiente mesa **“¿Cómo podemos mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas?”** contó con la moderación de Dña. Begoña de Poo Meré (Subdirectora de Servicios Sanitarios del SESPA) y Dña. Susana Santamarina Montilla (Directora de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI).

Comienza la exposición D. Crisanto Alonso Álvarez (Director de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria I) alrededor de la **“Cronicidad y nuevas tecnologías”**. Estamos en un momento de transición demográfica, epidemiológica, social, cultural y también tecnológica, pero ¿debemos acogernos a las nuevas tecnologías (NT) sin dudar? Pues se plantean algunas dudas: se sabe que cuando aumenta el uso de las NT se incrementa también la especialización, y esto podría dificultar la integración.



Dentro de la estrategia de cronicidad las NT están presentes en: los servicios de información y difusión sanitaria, los servicios asistenciales y de salud, y los servicios de gestión sanitaria. Con una función transversal de integración en la red a los Servicios Sociales y a los Sanitarios.

Se plantea también una duda sobre las virtudes y desventajas de un sistema en red vertical, con mayor control del propietario y más monotemáticas, o un sistema en red horizontal, donde el centro es el usuario.

A continuación, Dña. Marta M^a Pisano González (Enfermera del E.A.P. de Figaredo, Área Sanitaria VII), profundiza en las **“Estrategias de autogestión de pacientes”**. Comienza la ponencia enmarcando el desarrollo de la cronicidad en su gran magnitud, en la morbilidad y gran coste que genera, y en la necesidad de introducir los determinantes sociales de la salud en el abordaje de la cronicidad.



Es necesario pararse y reflexionar. No se puede seguir haciendo lo mismo de siempre... porque los resultados que estamos obteniendo harían peligrar el Sistema Público de Salud. Es necesario plantearse que hay que salir de la consulta física de AP y romper con una estructura horaria encorsetada de cinco horas y media de consulta, para abrirse a la comunidad, a la población, a los determinantes sociales que tan relevantes son en la cronicidad.

Se enmarcan las estrategias de autogestión de pacientes en la normativa Europea y en la Española, haciendo especial mención a la Estrategia de la Cronicidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las Estrategias de Autogestión de Pacientes se han desarrollado en España formando en el actualidad la Red de Escuelas de Salud (Paciente Expert Catalunya, Paciente Bizia País Vasco, Escuela de Salud Andaluza, Escola de Saude Gallega...). Todas tienen en común que son Escuelas de Autocuidado. No se enseña clínica. Se enseña cómo abordar de forma eficaz la enfermedad, los sentimientos que genera el dolor, la frustración y la incapacidad.

Asturias ha comenzado a poner en marcha la metodología de Stanford para desarrollar la futura Escuela de Salud. Con su programa más genérico: “Tomando Control sobre su Salud”. Este programa formativo, que lleva 30 años funcionando y se ha extendido a más de 20 países, se basa en la teoría de autoeficacia de Albert Bandura. Y, en cuatro pilares básicos: La Autonomía, la Educación entre pares, el Autocuidado y la Coresponsabilidad y las Redes de Apoyo.

Con esta formación, se busca la activación del paciente. Ser proactivo significa aumentar los autocuidados y mejorar los resultados en salud, de forma inversa a la mala utilización de los servicios sanitarios.

Marta Pisano plantea algunas evidencias: ARRP (Instituto de Políticas Públicas de EEUU), Marzo 2009 “A Call to Action for Health Reform”, una interesante revisión bibliográfica de más de 500 artículos de Autocuidado “Helping People help themselves”, evidencias de costes y de resultado en España: Patient Expert y un ECA del Paciente Bizia.

Tras la evidencias, se plantea una frase para la reflexión: “La estrategia de crónicos ha de basarse en la idea de que NO hay que hacer en cosas difíciles, sino DECONSTRUIR LA ABSURDA COMPLEJIDAD ATOLONDRADA y reponer la SERENIDAD y la SENSATEZ clínica” Jose R. Repullo. Escuela Nacional de Sanidad 2013.

Concluye con la necesidad de pararse y reflexionar. De reorganizar y ordenar lo existente, y de poner en el sistema sanitario otra mirada.

El tercer ponente de la mesa, D. Enrique Cimas Hernández (Médico de Familia del E.A.P. de Contrueces-Vega, Área Sanitaria V) expone su ponencia titulada “Crónicos o cronopios en la consulta de Atención Primaria”. Comienza, en tono de humor, comparando a los seres humanos con los personajes del cuento de Julio Cortázar “Historias de Cronopios y de Famas”; en el libro se presenta a los cronopios como seres ingenuos, idealistas, desordenados, sensibles y poco convencionales, a diferencia de los famas que son rígidos, organizados y sentenciosos, y los esperanzas que son simples, indolentes, ignorantes y aburridos. En la parodia compara a los políticos, los gestores y los pacientes con estos tres tipos de personajes.



También capta la atención del cambio de comportamiento del Sistema Sanitario y los mismos profesionales respecto al paciente crónico: han pasado de ser “el que nadie quiere”, el patito feo, al que “todos queremos”, un cisne; e incluso dentro de las enfermedades crónicas también las hay más “guapas” como la Diabetes Mellitus, las enfermedades cardiovasculares... y más “feas” como las osteoarticulares o degenerativas.

Los nuevos modelos de cronicidad hacen alusión a promoción, prevención, estilo de vida saludable, coordinación con agentes sociales... ¿y esto es tan nuevo? Pues no, hace un guiño a Alma Ata y recuerda que 30 años después seguimos hablando de lo mismo. Desgraciadamente la AP no se ha desarrollado, pero desde 1967 el gasto sanitario en Atención Hospitalaria no ha dejado de crecer exponencialmente... y en AP no ha dejado de disminuir.

Deja Enrique sobre la mesa esta reflexión, y se plantea si realmente somos el pilar fundamental del Sistema Sanitario. Una llamada a que si realmente vamos a cambiar el modelo, desde la AP se tiene mucho que decir y trabajar, y que quiere que se apueste por ello.

Cierra la mesa Dña. M^a José Goñi Agudo (Trabajadora Social. Coordinación Sociosanitaria. Comarca de Guipúzcoa) con su conferencia **“Atención Sociosanitaria en la Comarca de Atención Primaria de Guipúzcoa”**. Expone que la coordinación existente actualmente ha sido fruto de un proceso que tiene su comienzo en los años 80, mediante el establecimiento de convenios, continúa con la creación de recursos sociosanitarios y se consolida con la creación de estructuras.



Al amparo de un “Documento Marco Sociosanitario” (2010) han surgido muchas y muy variadas experiencias a lo largo de toda la comarca, y a lo largo del 2015 se incorporarán al Contrato Programa. Se trabaja siguiendo un modelo de red entre todas las unidades de AP, y se centra en la dependencia, la salud mental, personas en riesgo de exclusión... y envejecer con salud como un reto para la coordinación.

Finaliza esta última mesa Dña. M^a José, explicando en concreto cómo se desarrolla la coordinación en la comarca de Guipúzcoa y los retos que se plantean para el futuro.

En la presentación de comunicaciones libres, Dña. Ana González, Dña. Pilar Flórez, Dña. Cristina Miranda y Dña. Mercedes Santos (enfermeras del C.S. de Sabugo) expusieron su trabajo "Servicios sanitarios y sociales: el reto de trabajar juntos", del que transcribo el resumen elaborado por las autoras:

Dentro del programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria se desarrollan competencias y capacidades a adquirir durante su periodo de formación, entre las que se encuentran:

- *Analizar la situación de salud de la comunidad, planificar y desarrollar programas de promoción de salud comunitaria*
- *Planificar y desarrollar programas de educación para la salud comunitaria*
- *Establecer una comunicación efectiva con instituciones, servicios comunitarios y con los diferentes niveles de atención de los servicios de salud.*

Nosotras como enfermeras de AP, ahora también tutoras, creemos muy importante para nuestra práctica diaria el conocimiento de los recursos socio-sanitarios de nuestra área básica y nuestro ayuntamiento.

Nos encontramos con que la colaboración entre los servicios sociales y sanitarios era escasa, creemos que el trabajo coordinado es indispensable si hablamos de resultados en salud de nuestra población, se hace necesario un trabajo multidisciplinar socio-sanitario.

Contactamos con el área de bienestar social del ayuntamiento de Avilés en octubre 2013, después de importantes dificultades burocráticas y gracias al convenio firmado entre nuestra gerencia y el ayuntamiento logramos diseñar un proyecto de rotación con estos objetivos: conocer programas y el funcionamiento de la concejalía de Bienestar social relacionados con las necesidades formativas de nuestras Eir, analizar la comunidad con visión socio-sanitaria ,crear los vínculos necesarios para establecer coordinación real entre el EAP y los servicios sociales y colaboración de manera activa en los dispositivos de rotación.

Los dispositivos de rotación son las UTS (unidades de trabajo social),EITAF (equipo de intervención técnica de apoyo familiar) y el albergue con una duración de 3 semanas

La experiencia está resultando muy satisfactoria para las residentes y para las enfermeras del centro de salud, favorece trabajar con perspectiva comunitaria, considerar necesidades y problemas de salud de manera conjunta es imprescindible para conseguir resultados en salud y bienestar en nuestra población.



A lo largo de todo el Encuentro se han presentado los trabajos de investigación fin de grado. Hacemos mención especial a todos los trabajos que presentaron los residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, por su calidad, rigor y excelente presentación. Los temas abordados fueron muy amplios, como la desnutrición en los ancianos, la prevalencia de disfagia tras un ictus, la práctica de ejercicio físico en mujeres adolescentes, la prevalencia de neuropatía en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, la lactancia natural y sus beneficios tras nueve años, la prevalencia de lipodistrofias en diabéticos insulino-dependientes y la eficacia de un programa de intervención grupal basada en un programa de Atención Plena.

El encuentro termina con la entrega de premios al mejor trabajo de investigación. Para la entrega de premios a enfermería, SEAPA y AEC formaron un jurado conjunto, valorando los mismos ítems, aunque con diferente ponderación. Se puntuó la originalidad, la relevancia para la enfermería familiar y comunitaria, el rigor metodológico, las posibilidades de desarrollo en la práctica y la presentación oral o escrita. Las diferencias entre las distintas puntuaciones de los trabajos fueron muy pequeñas, fallando SEAPA finalmente a favor del trabajo realizado por **Dña. Lidia Fernández Villa** y **Dña. Sara Díez González**, por su impecable trabajo **¿Es la desnutrición en personas mayores un problema para la Atención Primaria?**



La ganadora del premio de AEC ha sido **Anaí Izaguirre Riesgo** por con su trabajo **“Eficacia de una intervención grupal basada en un programa de atención plena (Mindfulness) en pacientes con trastornos de la ansiedad en el ámbito de la atención primaria”**. Como escribe AEC en su `página web “Un excelente trabajo, innovador, riguroso y con una gran identidad de competencia especialista de la Enfermería Familiar y Comunitaria. Su tutora ha sido: Delia Fernández Fidalgo, los tutores metodológicos: Fernando Alonso Pérez y Patricio Suárez Gil, y ha colaborado el residente de psicología: José Figueiras Balea”.

Desde SEAPA queremos felicitar a todos los residentes su aportación en este encuentro, que terminen la residencia con un buen bagaje científico y personal, y que les esperamos y animamos a seguir trabajando con nosotros y seguir impulsando la Enfermería Familiar y Comunitaria.