



De la academia a la comunidad...

EFECTO MULTIPLICADOR DE LA ACADEMIA ORIENTADA A CAPACITAR MÉDICOS GENERALISTAS COMO ABORDAJE INTEGRAL DE LA DIABETES EN NUESTRAS COMUNIDADES

Relato de una experiencia

María Lucía Iregui****
Jaime Ronderos††††

El contexto



<http://www.minsalud.gov.co/salud/PublishingImages/Enfermedades%20No%20transmisibles/cifras-diabetes-colombia-mar-2014.jpg>

Las evidencias son contundentes al demostrar el impacto de la diabetes en la salud pública de nuestros países. Su alta prevalencia, alta incidencia, alta morbilidad asociada y los altos costos que genera a los sistemas de salud, son impactantes.

**** Especialista en Medicina Familiar, Profesor Titular FUJNC - maria.iregui@juanncorpas.edu.co.

†††† Especialista en Medicina Familiar, Profesor Agregado FUJNC - maria.iregui@juanncorpas.edu.co.

Dirección correspondencia: Carrera 12 # 9-55 Villa de Leyva, Boyacá Colombia. Apoyo Financiero: Fundación Universitaria Juan N. Corpas.



El enfoque dominante

El abordaje de la diabetes hasta ahora ha sido orientado haciendo mayor énfasis en la participación de diversos especialistas expertos en el tema. La realidad nos muestra otra cosa: es en la comunidad y en quienes allí ejercen donde se debe enfatizar las intervenciones. Por ello es fundamental un fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria, con el liderazgo de Médicos Familiares, pues son ellos los que, con una capacitación y motivación apropiada, pueden aportar soluciones integrales, contando con sistemas de referencia y contrarreferencia apropiados, y el apoyo de otros especialistas comprometidos con la salud pública de nuestras comunidades.



Esta experiencia busca motivar a la academia y diferentes sociedades científicas a volcarse hacia la capacitación y apoyo de médicos generales, médicos familiares y otros miembros de los equipos en cuidado primario que como actores principales en el abordaje de la diabetes son, junto con la comunidad, responsables del impacto en la salud pública de nuestros países.

El proceso

Quiénes somos



Los dos autores, son médicos especialistas en Medicina Familiar, docentes de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, facultad de Medicina. En esta institución educativa privada, existe un énfasis en su misión y visión, hacia la Medicina Familiar, la Atención Primaria, la Medicina Comunitaria y la proyección social. Además, dentro de su planta de docentes, hay una participación importante de



médicos familiares, en diferentes momentos del plan de estudios de pregrado. Sus directivas apoyan la formación del recurso humano, impulsando iniciativas que repercutan en innovación y soluciones pertinentes a los principales problemas de salud pública del país. Surgió en los autores, una década atrás, el deseo de capacitarse en el tema de las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente en el riesgo cardiometabólico y, específicamente, en la diabetes.

Lo que los inquietó

Entendían que la formación que habían recibido, estaba más orientada al manejo hospitalario y que tenían grandes vacíos en el abordaje integral, la prevención primaria, el diagnóstico temprano, el tratamiento racional, y, sobre todo, en la formulación y promoción de los cambios terapéuticos en el estilo de vida, fundamentales en la prevención y el manejo de la diabetes. Sabían que, si querían aportar en la intervención de este flagelo de la salud pública de nuestro país, debían estar bien capacitados. Sabían también que esa capacitación, podría tener impacto en varios escenarios, dada su labor como médicos familiares docentes, y que la debían adquirir en una institución, que les permitiera una formación tipo Fellow, semipresencial, para no alejarse de sus actividades académicas y asistenciales cotidianas. De esta manera, se hizo el contacto con el Director de la División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional (DLDUN) y se les permitió dar inicio a una pasantía.

División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional (DLDUN)

La División de Lípidos y Diabetes de la Universidad Nacional de Colombia desarrolló por muchos años, en el interior de una de las universidades públicas más importantes del país, labores de docencia, investigación, asistencia y extensión, con énfasis en la diabetes y la dislipidemia.

Qué se hace



<http://www.adich.cl/Interior2/imagenes/Dr.Ivan-Dario-Sierra.jpg>

Con un equipo multidisciplinario, y bajo el liderazgo de su anterior director, el doctor Iván Darío Sierra Ariza, un reconocido médico diabetólogo, especialista en nutrición, y con el más alto rango en la carrera docente, se realizaban:

1. Actividades académicas, incluyendo líneas de profundización en el pregrado, módulos dentro del currículo de Medicina, pasantías de estudiantes de posgrado nacionales e internacionales,



talleres educativos dirigidos a médicos generales y especialistas (clínicas de diabetes y dislipidemia).

- 1.1. Curso internacional de diabetes anual y participación del equipo en congresos nacionales e internacionales.
 - 1.2. Además, se publicaban textos guía sobre los temas principales.
2. Se atendía una población importante de pacientes diabéticos y dislipidémicos del Servicio de Salud de la Universidad, con consulta y talleres educativos continuos.

Este escenario, unido a la actitud incluyente, descomplejizante y generosa en el conocimiento de su recurso humano, era el ideal para desarrollar un entrenamiento, según la visión de los autores.

Qué entrenamiento se recibió

1. Formación teórico-práctica durante cuatro años (2004-2008): Durante esos cuatro años, asistimos dos días a la semana a la consulta de la división, asistimos y participamos en los talleres a los pacientes, y en la línea de profundización del pregrado. Realizábamos revisiones bibliográficas, discusión de casos y se nos evaluaba en cada actividad.
2. Participación en los Cursos Internacionales de Diabetes, Clínicas de Diabetes y Clínicas de Lípidos auspiciados por la DLDUN (2006-2013): Tuvimos la oportunidad, por nuestros nexos con la DLDUN, de asistir cada año a los Cursos Internacionales de Diabetes, actividad académica de tres días, con invitados nacionales e internacionales. Fuimos invitados en los últimos cinco años como coordinadores de mesa y colaboradores.
3. Asistimos, además, a las Clínicas de Lípidos y Clínicas de Diabetes, actividades tipo taller dirigidas a médicos generales y especialistas. Adicionalmente, nos vinculamos como miembros de la Asociación Latinoamericana de Diabetes y de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis capítulo Colombia (actualmente miembros de la junta directiva).





Resultados

Como frutos de esa capacitación y motivación:

Para la facultad

1. Apertura en el pregrado de Medicina de la FUJNC (VII semestre) del Taller para el Abordaje Integral de los Factores de Riesgo Cardiometabólico (más de 1500 estudiantes 2006-2015):



Motivados por la capacitación recibida, se propuso en la Facultad de Medicina de la FUJNC la apertura de un módulo de 14 horas presenciales en el pregrado, donde con una metodología seminario-taller, se desarrollan: el enfoque de riesgo en el contexto de la Atención Primaria, el concepto de riesgo cardiometabólico, fisiopatología y abordaje integral de la obesidad, la dislipidemia, la diabetes, la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica.

2. Capacitación a 700 Médicos Generalistas (viajando a 12 municipios del país), en la detección, diagnóstico y manejo integral del riesgo cardiometabólico (RCM), 2009-2011: Por solicitud de instituciones prestadoras de salud, se desarrollaron actividades educativas, modalidad seminario taller, incluyendo como tema acompañante a La Atención Primaria en Salud con los siguientes temas:





- Los aportes de la Medicina Familiar a la atención integral de las enfermedades crónicas, la visión sistémica, el enfoque biopsicosocial, la atención centrada en la persona. El trabajo en promoción y prevención, la formación de los equipos de salud y el trabajo intersectorial.

En lo específico a la diabetes:

- El concepto y valoración del riesgo cardiometabólico, fisiopatología y abordaje integral de la obesidad, la dislipidemia, y diabetes y sus "socias perversas", la hipertensión arterial y la enfermedad renal crónica.

Para la comunidad, uniendo la academia



<http://www.juanncorpas.edu.co/typo3temp/pics/f60c9567f7.jpg>



3. Apertura de Centro Piloto de Medicina Familiar en Villa de Leyva, Colombia (VL) con énfasis en el abordaje del riesgo cardiometabólico en la región (2010). Son logros en tal sentido:

- Con el interés de iniciar un proyecto comunitario de Medicina Familiar a nivel rural, se dio apertura a este centro de investigación, proyección social y asistencia, ubicado en Villa de Leyva, municipio de Boyacá, Colombia, con aproximadamente 14.000 habitantes, 12 veredas, en el llamado Alto Ricaurte, ubicado a tres horas de la capital colombiana. Se escogió al riesgo cardiometabólico, y especialmente a la diabetes, como tema principal de investigación y abordaje integral.



- Convocatoria y acuerdos de trabajo intersectorial en el municipio de Villa de Leyva, para enfrentar el flagelo de la diabetes.
- Convenio con la Secretaria de Salud regional para la capacitación de Equipos de Atención Primaria en la región: Se capacitaron cerca de 120 personas, miembros de los equipos de Atención Primaria organizados en el departamento de Boyacá, para dar atención integral domiciliaria en 51 municipios priorizados.
- Ejecución del Estudio de Intervención Comunitaria en Villa de Leyva enfocado a la diabetes y riesgo cardiometabólico (680 pacientes), 2010-2013.



Se inició este estudio convocando a la comunidad por varios medios, haciendo llamado especial a los que tenían factores de riesgo para diabetes. Se alternaban convocatorias a nivel del pueblo, realizando las actividades en el centro médico, y salidas a las veredas, donde en las escuelas veredales se reúne la población convocada. Cada actividad (en el pueblo o en las veredas), se iniciaba con un taller educativo sobre riesgo cardiometabólico, y posteriormente, se continuaba con una evaluación individual, donde además de datos de estilos de vida e historia médica, se valoraba el índice de masa corporal, perímetro de cintura, tensión arterial, y se realizaba hemoglobina glucosilada a aquellos con factores de riesgo para diabetes. (Equipo Nycocard reader II). Además, se realizaba valoración detenida del pie en los diabéticos. Se daban recomendaciones individuales y se remitían a la red de servicios local; se hacía seguimiento, según morbilidad. Avances de este trabajo han sido presentados en la conferencia de la Network TUFH (Red de Atención Primaria), Canadá, 2012 y congreso de ALAD, Cancún 2013.

- Consultas en el Centro Médico Familiar, con énfasis en el abordaje de la diabetes y riesgo cardiometabólico (más de 800), 2010-2013: estas son consultas privadas, a bajo costo, donde asisten personas no aseguradas o aquellas que prefieren un abordaje desde la Medicina Familiar, y donde, con un tiempo mayor para la consulta, pueden recibir, además de una valoración detenida, educación individual y familiar.
- Talleres educativos grupales: los talleres educativos grupales gratuitos, hacen énfasis en la nutrición, el ejercicio, el riesgo cardiometabólico, la importancia del sobrepeso y la obesidad para la diabetes y otros factores de riesgo, recomendaciones para bajar de peso, etc.



- Apertura de espacio radial de Educación en Salud (media hora semanal), en la emisora comunitaria de Villa de Leyva, que llega a todo el Alto Ricaurte (seis municipios de la zona), donde se hace énfasis en los estilos de vida saludables y se enfocan los principales problemas de salud pública, y muy especialmente la diabetes (150 emisiones 2010-2014).

Discusión

Necesidad de un cambio de paradigma



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

GRUPO DE TRABAJO DE
ATENCIÓN PRIMARIA
Y DIABETES

http://www.sediabetes.org/gestor/upload/image/Logo_SED_GTAP-2_pantones.jpg

Debemos admitir que la formación de nuestros estudiantes de Medicina en el pregrado ha estado centrada a nivel hospitalario y esto hace que los egresados carezcan de habilidades que les permitan enfrentar los principales retos de la salud pública, que se dan en el contexto de la Atención Primaria; temas como los estilos de vida saludables, siguen siendo apenas "costuras" en los planes de estudio. Se requiere entonces, capacitación adicional, más profunda y reflexiva, mientras no se dé un viraje en los currículos, para hacerlos más pertinentes y apropiados a los que nuestros países necesitan.

Lo psicosocial y la necesidad de la integralidad

Para el caso específico de la diabetes, en el paradigma actual de muchos sistemas de salud, son los especialistas en Medicina Interna, en Endocrinología, en Diabetología, los que ejercen liderazgo a nivel académico y asistencial, siendo además los asesores de los gobiernos para definir políticas. La atención en términos generales, es desintegrada, sin énfasis en la promoción y prevención, solo orientada a lo biológico, ignorando lo psicosocial y no incluye a la familia ni a la comunidad.



Necesidad de posicionar al médico de la comunidad

La atención prestada por los médicos generalistas es considerada de bajo nivel y muchas veces es utilizada solo para remitir a los especialistas. Adicionalmente, existe un escaso número y una concentración inapropiada de los especialistas en las grandes ciudades, lo cual deja a las pequeñas ciudades y municipios sin posibilidad de una atención oportuna cuando esta es necesaria. Esto debe cambiar y transformar al médico que permanece en la comunidad como un actor principal, junto con el equipo de salud comunitario.

Un "integrador"

Se desconoce en gran medida el potencial de los expertos en cuidado primario y de la Medicina Familiar como especialidad (7). El llamado es a incorporar este recurso humano en los diferentes contextos para fortalecer las estrategias que, desarrolladas en equipo, nos lleven a mejorar nuestra lucha contra la diabetes (8, 9). Los médicos generalistas (especialistas en Medicina Familiar o expertos en cuidado primario), ejerciendo liderazgo en sus equipos pueden enfrentar los grandes retos de las enfermedades crónicas no transmisibles, ubicándose en la base de los sistemas de salud, para mejorar indicadores de morbilidad y mortalidad, y bajar costos (10). Este recurso humano aporta la visión sistémica, biosicosocial, orientada a la persona, la familia y la comunidad, el énfasis en la promoción y prevención de la salud, la continuidad (1) y el enfoque de riesgo (2), entre otros. Bien capacitados y motivados, pueden desempeñar múltiples roles: liderazgo comunitario, fomento del trabajo intersectorial, atención integral a familias y comunidades urbanas y rurales, educación de la comunidad (3, 4), docencia en pre y posgrado (5,6) e investigación pertinente.

Conclusión

Estamos enfrentando una creciente amenaza para la salud pública de nuestros países latinoamericanos. Una enfermedad como la diabetes, tan relacionada e influida por determinantes sociales, requiere para su abordaje de una reflexión profunda y un trabajo integrado y concienzudo de la academia desarrollando la investigación, fortaleciendo la educación del recurso humano y orientando las políticas que permitan que todos empujemos hacia el mismo lado y se produzcan los resultados que queremos. El Estado, actuando con coherencia, entendiendo, por evidencias ya establecidas a nivel mundial, que un sistema de salud fuerte en Atención Primaria permite mejorar la equidad, los indicadores de morbilidad y mortalidad y bajar los costos, requiriéndose un recurso humano bien capacitado, motivado y bien distribuido.





La capacitación y motivación de los médicos generalistas y sus equipos de Atención Primaria dan resultados multiplicadores que aportan de forma importante al abordaje de la diabetes y riesgo cardiometabólico en las comunidades. Los médicos generalistas (familiares y generales) deben participar en los ámbitos académicos y de políticas públicas, para aportar con su mirada integradora, al abordaje de la diabetes en nuestros países.



Agradecimientos: Agradecemos a la Fundación Universitaria Juan N. Corpas; al Dr. Iván Darío Sierra Ariza por su apoyo constante; a Doris Rojas, nuestra líder comunitaria y asistente en nuestras labores, a la Alcaldía de Villa de Leyva, los Rotarios de Villa de Leyva, los colaboradores voluntarios y la comunidad en general.

Referencias

- (1) Alazri MH, Heywood P, Neal RD, Leese B. UK Gps' and practice nurse's views of continuity of care for patients with type 2 Diabetes. *Fam Pract.* 2007 Apr; 24(2):128-37 Epub 2007 Feb 5.
- (2) Evans P, Langley P, Gray DP. Diagnosing type 2 Diabetes before patients complain of diabetic Symptoms-Clinical opportunistic screening in a single general practice. *Fam. Pract.* 2008; 25(5):376-81 doi: 10.1093/fampra/cmn052. Epub 2008 sep 1.
- (3) Arauz A, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención Educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la Atención Primaria. *Rv. Panam. Salud Pública.* 2001; 9(3).
- (4) Carrada T. El papel del médico como promotor de la salud. *Rev. Fac. Med. UNAM.* 2002; 45(4).
- (5) González L, Nogueira M, Rivera N, Ruiz M, García Z. Comportamiento de la función docente-educativa del especialista en Medicina general Integral. *Educ. Med. Super.* 2011; 25(2).
- (6) Nogueira SM, Rivera MN, Blanco HF. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. *Rev. Cubana Educ. Med. Super.* 2005; 19 (1).
- (7) Suarez MA, Razón de ser y ventajas de la Medicina Familiar: realizaciones y retos en Bolivia. *Rev. Med. La Paz.* 2011; 17(2).
- (8) OMS/Wonca. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Documento final del Foro realizado en London, Ontario. Nov. 1994.
- (9) Fernández MA, Arias L, Brandt C, Irigoyen A, Roo JB. Hacia el Fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los Sistemas de Salud. Grupo de trabajo: formación y capacitación de equipos de salud. IV cumbre latinoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Archivos de Medicina Familiar* 2012; 4(4)93-112.
- (10) Starfield, B. Equidad en Salud y Atención Primaria: Una meta para todos. *Gerencia y políticas de salud.* Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia 2001; 1(001):7-16.

