

## Tan distintos e iguales.

---

### Abordaje de la experiencia de una rotación libre en el último año de la residencia.

Autor: Lucero, María Mercedes

Lugar de realización: CAPS LA PAU, C. Pere Verges 3. Barcelona, España.

Mail de contacto: [mechilucero@hotmail.com](mailto:mechilucero@hotmail.com)

Relato de experiencia

Categoría temática: Clínica ampliada.

## Descriptivo

Este relato se propone transmitir una experiencia, poner en dialogo distintos recorridos que dan cuenta de una búsqueda. Poder pasar por ella y hacerla hablar, es un desafío y una motivación para la escritura.

Cuando uno se encuentra en el último año de la etapa formativa de la Residencia de Medicina General, muchos interrogantes empiezan a invadirte. Comienzas a cuestionarte la especialidad, el cómo seguir. Si realmente tu deseo es ser un Médico General y de Familia o tan solo logro ser el paso previo a una subespecialidad deseada de antemano.

Mi paso al 3<sup>er</sup> año, despertó en mí, un sin fin de sentimientos acerca de cuan involucrada estaba con mi especialidad y cuan conforme me sentía o no en mi perfil como médica de APS (atención primaria de la salud), principalmente en mi querida Argentina.

Ojala esta experiencia genere en mis colegas, al menos, la opción de saber cuan favorable puede ser una rotación libre en un país diferente al nuestro como lo es España, quien actualmente sufre una gran crisis económica, habiendo sido una de las grandes potencias mundiales. Y en el que por suerte, no he notado gran diferencia en lo que a Medicina compete.

## Narrativa de mi experiencia

Tuve el agrado de entrar a la Residencia de Medicina General gracias a una amiga/colega quien luego de haber cursado la carrera juntas, fue quien decidió que mi perfil como Médica, era el de una “Generalista”. Ella fue quien me impulso a seguir ese instinto suyo, por lo que, por motivos personales de tristeza e incertidumbre, decidí dejar en sus manos. Pues, no se ha equivocado...

Al comenzar el cursado del 1<sup>er</sup> año de la Residencia, todo es muy confuso, acelerado, desordenado, difícil de entender; con lo cual uno solo sigues órdenes y se dirige hacia donde sus compañeros lo guían. Tuve la suerte de tener residentes superiores con una calidad humana excepcional lo que hizo más fácil mi orientación.

Los meses fueron pasando y de repente algo mágico sucedió en mi paso a 2<sup>do</sup> año, debido a una paciente, quien al tomar la decisión de no continuar con su embarazo, generó en mí, un cambio rotundo en lo que a mí respecta. Ella dejo en mis manos, la responsabilidad de su vida, he hizo que yo me vea como “SU DOCTORA” y no como una residente. Fue allí cuando descubrí que tenía que hacerme responsable de esa consulta (aunque por dentro temblada del miedo) y resolver como una profesional. Podría decir que

fue ella quien me hizo conocer la vocación por esta especialidad. Ya que por primera vez sentía que había generado un vínculo tan grande que solo yo podía entender ese sentimiento de crecimiento interno. Sobre todo sabiendo que nuestro papel es tanto e igual de importante que el de otros colegas, quienes muchas veces desmerecen nuestro labor, olvidando que somos la primer puerta de entrada de la población al sistema de salud y que por lo tanto tenemos una alta responsabilidad social.

Segundo año estuvo lleno de desafíos, de logros personales y en equipo. Ellos me impulsaron a ampliar mis objetivos y deseos con una mirada más optimista. Pero también, muchas veces el quehacer diario desmotiva y lleva a altibajos laborales importantes, intentando descubrir si vamos por el camino correcto en la creación de nuestro perfil. Ya que considero que la diversidad de perfiles de generalistas en un mismo país, compartidas en las jornadas de residentes, llevan a replantearse aún más donde estamos parados.

Con lo cual comencé a interrogarme... ¿Cómo se conoce una experiencia ajena? Y pensé... Involucrándome y pensándome en ese modo de estar. Pasando por ella de alguna manera. Con lo que decidí que tenía que volar alto y conocer un sistema de salud, que yo considerara de mayor éxito a nivel internacional. El destino fue Barcelona, España.

Ir hasta allá, desplazarse, hacer un recorrido implica ponerse en movimiento, con la convicción de que, conocer otras prácticas in situ es la mejor manera de palpar los modos en la que se desarrollan.

Muchos eran mis objetivos. Me propuse principalmente: comprender la organización estatal de la salud española, caracterizar la Atención Primaria de Salud como una estrategia básica del Sistema Nacional de Salud (SNS), intentar conocer los Programas Sanitarios y su implementación, comparar ambos sistemas y unificar criterios personales para crear mi perfil como medica generalista. Y claro, también transmitir al resto de compañeros la experiencia de mi rotación optativa e incentivar a realizarla.

Luego de varios tropiezos en la preparación del viaje, me embarco en esta historia que es lo que le dio, nada más y nada menos, luz a mi formación académica.

Comienza el mes de Junio del año 2015. Ya instalada en Barcelona, hace tan solo dos días, me dirijo hacia el metro (subte para nosotros), el cual me llevará a conocer el lugar que el destino eligió para mí. Llego a eso de las 8,30 horas del Lunes a un barrio bastante alejado del centro de Barcelona, que ya se hace la ve de lejos, y pregunto por mi tutora, una tal Dra. Martorell. Allí estaba ella en la entrada, esperándome. Rubia, alta, joven, fresca, dándome

un cálido abrazo de bienvenida transmitiendo alegría y entusiasmo por mi llegada. Nos presentamos, me hace un breve recorrido del CAPS (centro de atención primaria de la salud), y me dice “empezamos a las 9 “y “siempre me retraso, así que corramos”.

Rápidamente vamos a la consulta número “7”, y empiezo a conocer su población. Llegan los pacientes, en su gran mayoría, adultos mayores. Debido a que la longevidad se ha incrementado en España en los últimos tiempos. Vemos más de 30 pacientes. Si, demanda programada excesiva, un poco de hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, neoplasias en tratamiento y algún que otro adulto joven. Algo curioso y diferente a nosotros, no ven niños ni embarazadas. Eso queda a cargo de los especialistas. Ya que si bien realizan rotaciones por esas especialidades, no logran capacitarse para realizar atención primaria de las mismas. Hasta incluso les temen. Algo que me dio mucha fortaleza personal.

Luego comienzo a conocer los integrantes del equipo: Residentes de Medicina General, tutoras formadoras y personal administrativo.

El CAPS no es como en Argentina, aquí son edificios enormes con una modernidad que nos superan bastante, como así también los insumos médicos y elementos de trabajo.

La primera semana fue muy agradable, pues tan solo recibí cariño y elogios por estar compartiendo mi estancia formativa con ellos. Soy invitada a realizar una sesión (clase) presentando la especialidad en mi país, y transmito nuestra forma de trabajo, nuestro perfil como médicos generalistas, hago conocer a través de imágenes los centros de salud, contando brevemente quienes somos. Me tomo el atrevimiento de hablar del “aborto no punible”; tema que generó un gran debate, ya que en España es legal y los generalistas no se hacen cargo como en Argentina, pues aquí los ginecólogos lo realizan. No existe el objetor de conciencia. Intente prepararme mucho para ese momento y expuse un abordaje de aborto no punible abordado en equipo en mi centro de salud, en mi amada Santa Fe.

Realizan reuniones de equipo una vez al mes, alrededor de 90 minutos y comentan todos los casos con bastante detalle. Lo consideran tiempo suficiente para lograr la comunicación entre todos.

Todo el relato que se hace de cada uno de los usuarios se percibe que tiene como objetivo una puesta en común, un trabajo en equipo, al mismo tiempo que se garantiza que todos los operadores estén al tanto de todos los casos.

También realizan sesiones (clases) semanales, ya sea, presentación de casos, postgrados o actualizaciones en medicina. Una por semana.

Cada Residente que ingresa es asignado a una Doctora adjunta quien será su guía los 4 años siguientes y será quien dará sus evaluaciones anuales. El Residente también puede dar evaluaciones de seguimiento a su tutor adjunto si este así lo requiriera.

Los Residentes también tienen rotaciones constantes durante los 3 primeros años, tanto en áreas de clínica médica, clínica quirúrgica, pediatría, ginecológica y traumatología. Como así también, áreas de geriatría, oftalmología, entre otras. Pero llegado el cuarto año se dedican a pasar la mayor cantidad de horas en el CAPS y pasar más tiempo con sus pacientes adscriptos.

Soy invitada a reuniones sociales de residentes y ex residentes, lo cual hizo que me sienta muy parte de este hermoso lugar de trabajo y del equipo. Me apunto a las guardias y lo paso genial, descubriendo que las consultas y demandas no tienen nada de diferente en ambos países. Lo que si nos diferencia son los test rápidos de patologías banales como infecciones urinarias o faringitis estreptocócicas que permiten definir aún más rápido las conductas a seguir.

Algo muy curioso que tan solo lleva un año de implementación es un sistema de registro por computadora, en el cual, el paciente se atiende en CAPS, hospitales o centro asistenciales de 24 horas, tiene un historial clínico que puede ser revisado por cualquier especialista. Lo cual permite conocer en pocos segundos a quien tenemos en frente. Sobre todo por la alta prevalencia de población anciana que hay en España, sabiendo la cantidad de antecedentes patológicos que presentan, y sobre todo si llegan inconscientes. Ya que muchos viven solos.

De hecho las recetas aquí son electrónicas y en cada consulta se actualizan según la conducta médica. Los pacientes se dirigen a cualquier farmacia cercana, gracias al sistema de registro implementado por el estado y pueden retirar la medicación a un costo mínimo.

Otro aspecto a destacar son las “visitas domiciliarias”, las cuales se asignan diariamente a un médico adjunto, por lo que se realizan con alta frecuencia. Tanto sea programada como de urgencia, permite el conocimiento de las condiciones de vida de la persona y su familia. En ciertos casos permite mediar en conflictos en relaciones de vecindad, especialmente en la intervención en situaciones de crisis. Sobre todo para las personas que tienen dificultad en acercarse al servicio. Si son verdaderas emergencias, se llama directamente al 061. (107 para nosotros).

¿Si son realmente necesarias? No lo creo. Considero que se abusa del servicio y tan solo el 5% realmente son urgencias, los demás son llamados innecesarios de pacientes añosos o comodidad de los familiares. Es muy difícil por teléfono decirle a un paciente que su llamado no se considera una urgencia, ya que muchos viven solos o a veces necesitan ser escuchados.

Luego, otro dato curioso son los “llamados telefónicos”; ¿Pueden creer que llaman a cada paciente para decirle si algún parámetro de laboratorio ha salido alterado para que se acerquen al CAPS? O si se les gestionan turnos como ecografías, T.A.C. (tomografía axial computada), entre otros, también se los llaman para acordar horarios.

En resumen, el teléfono es la vía de comunicación primordial en esta relación medio-paciente. Pues cada demanda programada termina con 10 telefónicas informativas. ¿Curioso, no?

Terminando el mes de Junio comienzo a ponerme inquieta y pido permiso para ir al hospital de referencia(a cualquiera, ya que son como cinco) con el fin de realizar guardias al igual que mis compañeros y poder tener una perspectiva diferente al CAPS.

¿Con que me encuentro? Con las mismas consultas que en Argentina, cuadro de vías aéreas superiores, gastroenteritis agudas, dolor torácico, infecciones tracto urinario, etc. La única diferencia: aquí el paciente espera hasta dos horas para ser atendido, y nadie se queja. Otra diferencia, es que los médicos, solicitan exámenes complementarios y lo piden todo por computadora y el mismo sistema en menos de 1 hora le da la respuesta. Exámenes de laboratorios, placas de tórax, placas de abdomen, etc. Pruebas de imágenes más complicadas tardan un poco más. Pero nadie te cuestiona un pedido.

Aprovecho el espacio y pido, por deseos personales, rotar por servicio de pediatría, con una tutora que es muy amable. Intercambiamos modos de trabajo y hablamos del carnet de vacunación. A diferencia de Argentina, la pediatra en CAPS no ve muchos niños. Tiene consultas muy espaciadas.

En España, los meses de Junio, Julio y Agosto, son meses de verano, por lo que a veces el trabajo impresiona que disminuye. Yo no le he visto así. Considero que por más que sean meses estivales, la demanda fue excesiva. Lo que me llevo a pedir rotar en diferentes escenarios a fin de tener mucho para contar y compartir.

Demás está decir que mis tutoras también vacacionaron, por lo que me fue accesible deambular por el CAPS, y trabajar con otros colegas y poder replantearme una vez más donde sentía que estábamos parados.

Julio se ha ido volando, yendo y viviendo del CAPS al hospital, consultorio de pediatría, demandas programadas, no sé cómo ha pasado tan rápido, pero créanme que nunca estuve tan a gusto en un lugar extranjero, en donde sentí la misma responsabilidad que en Argentina, ya que tenía un compromiso laboral con esas personas y sobre todo conmigo misma. De repente y sin pensarlo, mis días tenían una rutina armada, y encima prácticamente, igual a la mía diaria.

Los días pasan y yo sufro de saber que en poco tiempo se termina esta experiencia que no para de sorprenderme día a día con su magia de ser tan solo algo diferente, pero que en realidad, quizás no muy distinto a nuestra realidad.

Pues comenzaba Agosto, último mes para presentar los trabajos para el congreso de Medicina General, que este año era en mi ciudad. ¿Cómo no iba a transmitir lo que estaba viviendo? ¿Cómo no iba a ser pública esta experiencia que fue prácticamente perfecta?

Muchos creen que venir a rotar afuera es venir de vacaciones, a pasear, imagínense que yo me vine a Europa, claramente daba a pensar eso. Yo lo habría pensado así. Ese pensamiento sinceramente me molestaba ya que mis ansias de trabajar aquí eran tan grandes, que el momento de paseo lo había planeado para el final. Yo quería demostrarles a mi gente y a mí misma, que todo el esfuerzo que me había traído aquí tenía un fin y que iba a encontrar la manera de transmitirlo.

Una de las decisiones que tome fue contar en modalidad power-point, lo que cada semana me iba regalando. Entonces cada domingo enviaba a mis colegas y familiares, que era lo que había experimentado en esos 7 días de la semana. No fue una tarea fácil, ya que me demandaba mucho tiempo. Pero esa sensación de satisfacción personal al finalizar cada diapositiva, cada imagen fotografiada con felicidad, lograba superar cualquier cansancio. Sobre todo las respuestas de amigos, familiares y colegas que vivían cada diapositiva con entusiasmo, llegaba a emocionarme tanto, que más certeza me daba que todo valía la pena. Y considere también que era imposible llegar y exponer toda mi experiencia en una tarde, por lo que haciéndolo en vivo, sentía que tenía más emoción.

¿Que si todos mis compañeros me demostraron el mismo interés? Claramente no. Y no creo que este mal. Yo consideraba que lo que mandaba a Argentina tenía que ser leído por personas que realmente sintieran el deseo de hacerlo. De la misma forma que yo lo relataba. La respuesta para mí fue exitosa. Porque los mails que recibí y las cartas de aliento generaron a la distancia lágrimas de emoción al recibir tal caricia.

¿Y saben que también? Me he sentido muy bien, por varias razones. Primero por la aceptación de este maravilloso grupo de personas que hicieron que tres meses de mi vida sean los mejores de mi carrera. No porque mi Argentina no me los haya dado sino porque gracias a ellos, a su generosidad, a su tiempo, a su compañerismo, hicieron que yo pueda descubrir lo bien formada que estaba, lo que mi tierra me había brindado, más allá de las diferencias que pude tener y los desamores que pase en mi camino.

El sentarme en un escritorio, escuchar un paciente, vincularme, poder resolver, el saber que me sobraban las herramientas para estar allí, me habían dado la satisfacción más grande en mi medicina entera. Ya que mi decisión de volar alto había sido la correcta y todas las personas que hicieron que esto funcione quedaran guardadas en mis mejores recuerdos por siempre.

Nunca olvidare la generosidad de mi querida Dra. Martorell, Dra. Muñoz López (coordinadora de residentes) y mi querida Nuria, ese ser al que nunca le vi la cara aun, pero que brindo su tiempo para que esta extranjera viva su mejor experiencia, de forma desinteresada.

Todos son parte de que a días de terminar mi estancia, pueda decir cuan agradecida estoy a todo este equipo formador de España, más allá de mis tutoras guías, a las demás medicas adjuntas que siempre se interesaron por mí, a los Residentes compañeros, que me hicieron sentir como una residente más, a las administrativas con su cálido saludo diario por las mañanas y sobre todo a esos pacientes que me han dado el mayor de los respetos a un profesional, "la escucha."

Mi estancia aquí no ha terminado, tan solo estoy a dos semanas y no dudo que será muy emotiva y terminará con una linda cena (pues ya me lo han dicho). Y más allá que falten dos semanas considero importante transmitir a mis colegas y compañeros lo que la decisión de venir tan lejos puede brindarte y que el conocer personas tan amables y con ganas de compartir sus conocimientos, no es algo que se vea con frecuencia.



Seguramente me quedare con las ganas de haber conocido el norte o el sur Argentino, que seguro tiene mucho que contar, pero para eso tendré tiempo. El venir aquí y dedicarle tanto esfuerzo, solo te lo permite un momento en la vida, y son los maravillosos tres meses que te regala la formación para que puedas aprovecharla al máximo y poder darle ese cierre que, una gran apasionada como yo necesitaba encontrar.

Demás está decir que muchas personas son y fueron parte de esto, ellas son, mis compañeras Residentes, mis tutoras Argentinas, y el resto de mi maravilloso equipo, que se ha acomodado para que yo viva mi experiencia de la mejor manera. Trabajando verdaderamente como un “gran equipo”.

Joaquín Sabina (cantante español) dice que “Al lugar donde has sido feliz no debieras tratar de volver” y siento que así será. Barcelona será parte de mis mejores recuerdos formativos, y allí quedara archivado en mi carpeta personal, como la ciudad que me hizo crecer no solo profesionalmente sino espiritualmente, ya que me ha dado simplemente la libertad de ser Yo misma.

### Ejecución

Tomar la decisión de rotar en el exterior, y elegir el lugar fue tarea fácil. El primer paso consistía en encontrar algún contacto importante que me ayudara a conseguir un centro de salud que deseara recibirme. Aquí en España, se encuentra una Unidad Docente, que es la que recibe a los médicos del extranjero con interés laboral de manera transitoria.

Gracias a ex Residentes de santa fe, el contacto fue directo y apenas mande mi petición, recibí la aceptación al instante de la Unidad Docente a cargo de una secretaria llamada, Nuria. Esa persona fue muy importante para mí, ya que fue quien dedico tiempo y atención para que se dé todo con éxito.

Las cartas a mi instructora y directora del hospital también fueron muy exitosas. El problema claramente fue el “Ministerio de sanidad”, en Madrid. Lo cual me llevo a cometer errores en las peticiones, llevándome a una profunda angustia que devino en una primera carta denegada.

Mi equipo de trabajo logro contenerme y me ayudo a buscar una solución a tal error, por lo que luego de varios intentos fallidos me alentaron a mandar los requisitos de manera correcta a tan solo dos semanas de mi partida.

Una vez en Barcelona, todo fue más simple, ya que tan solo debería conocer el lugar que me acogería mis preciados tres meses de estancia formativa. Y comenzar a poner en marcha mi vivencia diaria.

### Contexto

El presente trabajo fue realizado en la ciudad de Barcelona, España. Durante los meses de junio, julio y agosto del año 2015.

La Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Barcelona Ciudad está gestionada por el Ámbito de Atención Primaria Barcelona Ciudad del Instituto Catalán de la Salud (ICS), y da formación especializada de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Está constituida por 16 Equipos de Atención Primaria (EAP):

Los centros hospitalarios docentes son 5: Hospital del Valle de Hebrón, Hospital del Mar, Hospital Dos de Mayo, Hospital del Sagrado Corazón y Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

También colaboran con la Unidad Docente: 12 Centros de Salud Mental y 15 Equipos de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), 4 Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP); así como otras unidades y profesionales del Ámbito de Atención Primaria de Barcelona Ciudad.

Me han asignado el Centro de Salud “LA PAU” (en catalán), “LA PAZ” (castellano).

El mismo se encuentra en el barrio “LA PAU”, a tan solo cuatro paradas en metro de la Sagrada Familia (una basílica católica de Barcelona, diseñada por el arquitecto Antoni Gaudí, Iniciada en 1882, que todavía está en construcción), en la calle C. Pere Verges 3. Este barrio fue creado en el año 1950, por inmigrantes de la post guerra. Con edificios de pisos altos en proceso de remodelación y mala calidad. El CAPS, recién fue inaugurado en el año 1988, y contaba tan solo con dos médicos. Y recién en 1995 comenzaba la primera promoción de Residentes. El barrio cuenta con una población adscrita de 13.973 habitantes, en su mayoría mujeres.

El CAPS es un edificio moderno que cuenta con un equipo formado por: 9 Médicos de Familia y tutores docentes, 2 Medicas Peditras, 1 Odontólogo, 1 Trabajadora Social y 4 Administrativas en atención al usuario.

## Marco teórico

### El sistema de salud

En España existe un SNS (sistema nacional de salud) de cobertura universal. La Atención Primaria está organizada en equipos de atención primaria (EAP) y funciona como puerta de entrada al sistema, es decir, no se puede acceder a la atención secundaria sin pasar por el Médico de Familia. Cada EAP es responsable de la prestación de servicios de AP en una zona determinada, si bien existe la libre elección de centro por parte del usuario. El paciente no paga por recibir ninguno de los servicios (consultas, pruebas complementarias, ingresos), con la excepción de un copago del 40% de los medicamentos, que deja de aplicarse cuando el paciente es pensionista.

### La cartera de clientes

El cupo de clientes es asignado por la administración, y aunque existe en general libre elección de médico, el MF no debe nunca preocuparse de buscar pacientes pues el cupo está garantizado. En todo caso, su preocupación es a menudo lo contrario, por entender que tiene un número demasiado alto de pacientes (lo que tiene un impacto alto en la carga de trabajo y mínimo en las retribuciones). La realidad es que la media se sitúa alrededor de los 1.400 pacientes asignados por profesional. En caso de que el médico se traslade, se le asigna un nuevo cupo de pacientes. No existe ningún tipo de incentivo institucional específico para permanecer en el mismo puesto de trabajo.

### La organización del trabajo

Como se ha descrito, el servicio está organizado mediante EAP. Los componentes de los EAP son médicos de familia, pediatras, enfermeras, odontólogos, trabajador social y personal de apoyo administrativo y clínico. El tamaño medio de un equipo se sitúa entre las 30-40 personas, pero con un rango que puede ir desde poco más de 10 hasta casi 100.

En cuanto al horario de los centros de salud, también la variabilidad es notoria y relevante, algunos centros cierran a las 15 horas, otros lo hacen a las 17 horas, y algunos mantienen la actividad hasta las 20 y 21 horas, de lunes a viernes.

La cobertura del horario ordinario se hace en jornadas de 7 horas diarias, ya sea en turno único de mañana o de tarde, con una dedicación directamente asistencial de unas 5 horas. Donde coexisten ambos turnos, los «más viejos del lugar» están aferrados a su turno de mañana, que se convierte en no pocos casos en una de las más importantes aspiraciones

profesionales. Hay una cierta tendencia a incrementar los turnos denominados «deslizantes» que combinan jornadas de mañana y de tarde.

Aunque en los primeros tiempos de la reforma la tendencia era a que las plantillas tuvieran un número prácticamente igual de MF que de enfermeras, con el tiempo el número de enfermeras en relación al de médicos ha ido disminuyendo. Esto ha sido así, en buena parte, por una desproporción entre la carga de trabajo que asumía el médico frente a la que asumía la enfermera, pues en un entorno con una alta utilización de servicios la mayor parte de las demandas se dirigen a la consulta médica. En algunas comunidades autónomas se está apostando de forma decidida por la implicación directa de la enfermera en la patología aguda, pero en no pocas comunidades esto se ve aún muy lejano, por no decir imposible, inadecuado, o ambos.

Lo cierto es que el MF se encuentra ante una elevada carga de trabajo, generada en buena parte por actividades burocráticas y actividades asistenciales que en realidad no precisan del MF para su atención. Se designa un tiempo de 10 minutos por visita y 25 visitas al día, perfectamente justificables si es para dedicarlos a una atención más compleja, pero poco ajustado al contenido real de algunas consultas.

#### El contenido del trabajo

En la mayoría de comunidades autónomas (regiones de España), el MF no se hace cargo de los niños hasta los 14 años, ni tampoco de la ginecoobstetricia. Aunque en las áreas rurales esto no suele ser así, en áreas urbanas no es infrecuente que muchos MF rechacen explícitamente la posibilidad de atender a niños.

Existen algunos dispositivos concebidos como de apoyo a la AP, quizá los más extendidos son los equipos de soporte a la atención domiciliaria y/o a pacientes terminales que en realidad más que de soporte actúan, en muchos casos, de sustitución, pues los MF agobiados con la atención a sus crónicos no tienen tiempo de asumir la atención domiciliaria de sus pacientes, especialmente los terminales. De hecho, la atención domiciliaria está fuera de las áreas de interés de no pocos MF.

Otro problema conocido del sistema es la responsabilidad de la determinación de incapacidad transitoria (IT). Aunque ésta corresponde al médico del servicio público de salud que atiende al paciente inmediatamente después de su reconocimiento, en la práctica sólo la realizan los MF, incluso en el caso de pacientes hospitalizados que quizá ni tan sólo conocen. Todo es resultado de una visión de la AP como secretaria del sistema. En parte por

este motivo, pero también por muchas otras circunstancias, existe una cierta «dejación de funciones» por parte de algunos profesionales ante la decisión de determinar o no una IT, que se traduce en la expresión característica del paciente que viene «a coger la baja».

En este orden de cosas, las recetas son capítulo aparte, dos aspectos: el modelo de receta y la prescripción inducida.

Lo cierto es que, básicamente, el problema de la receta en España es un problema de diseño. Se utiliza para prescribir un modelo de receta diseñado para facturar. Esto ha sido repetidamente denunciado desde el pasado milenio, sin éxito dado que somos secretarios del sistema. Esto genera una carga burocrática excepcional que se ha ido apañando o trapicheando de distintas formas en cada centro, con más o menos fortuna. Ya hace muchos años, se informatizó el modelo, y aunque era informatizar la estupidez de diseño, representó un alivio. Posteriormente llegó la firma electrónica de la receta.

#### La coordinación/relación con la atención secundaria

Uno de los problemas latentes es que en la relación entre atención primaria-atención secundaria, no se interactúa al mismo nivel. El MF parece situado en un nivel inferior en relación al especialista hospitalario, avalado, además, por un mayor reconocimiento profesional, social, e incluso por parte de la administración, de «los especialistas». Simples pruebas de ello son la «no respuesta» crónica a la hoja de interconsulta que hace el MF para el médico de secundaria, o también, la utilización que se hace del MF como «secretario» del especialista, o del sistema, centralizando en él cualquier papel que a alguien se le ocurra que hay que rellenar (desde las recetas a los informes para balnearios, colegios, gimnasios,...etc.) sin otorgar ningún valor al coste que supone el tiempo invertido en ello.

#### La formación continuada y la re acreditación profesional

Una vez el MF ha entrado en el sistema, no existe ninguna necesidad de re acreditarse y se supone que se mantienen las competencias hasta la jubilación.

Una de las grandes aportaciones que puede significar el TRABAJAR EN EQUIPO es la disponibilidad de un tiempo concreto para el desarrollo de actividades de formación continuada (sesiones clínicas, bibliográficas, etc.) desarrolladas por los propios profesionales del EAP. Aunque la variabilidad es muy grande y hay equipos con una muy alta actividad de formación, lo cierto es que el nivel de realización de estas actividades es más bien escaso, y cuando se entra en la dinámica de «no sesiones» no resulta fácil cambiarla. Seguramente la

actividad en sesiones formativas se ajusta a la famosa ley de los cuidados inversos de forma que hacen más actividades formativas aquellos equipos/profesionales que «menos lo necesitan».

### Un poco del perfil

Los médicos tienen valores que definen el compromiso profesional con la sociedad como así también el aprendizaje en su quehacer diario; la interiorización de estos valores es imprescindible para una adecuada actividad profesional. Enseñar, transmitirlos, forma parte del trabajo de un tutor; aprenderlos y asimilarlos es esencial para que un residente llegue a ser un buen Médico de Familia.

Podemos agrupar los valores del Médico de Familia en 5 compromisos: con las personas, con la sociedad en general, con la mejora continua de trabajo, con la propia ESPECIALIDAD, y con la ética.

El ciudadano es el protagonista de la atención que presta el Médico de Familia, siendo estos los responsables del mantenimiento de su salud. Son las personas, las que dan sentido a la profesión.

Respetar la autonomía del ciudadano no es sólo un deber ético, sino un objetivo de salud.

Al Médico de Familia le importa cada persona en su conjunto y a lo largo de toda su vida. Su ejercicio profesional no se limita a los casos clínicos o asistir enfermedades; sino que atiende a las personas con determinados problemas y creencias, inmersas en un contexto familiar y social que constituye un todo invisible siendo un objetivo de su práctica diaria.

También en su función de puerta de entrada al sistema sanitario, tiene una alta responsabilidad social respecto al uso eficiente de los recursos sanitarios. Como profesional que Trabaja en el primer nivel de atención, debe asegurar una atención rápida a los ciudadanos que más lo precisan, evitando crear barreras que dificultan el acceso a los servicios con acceso directo u otros servicios más especializados.

Toma decisiones sobre la base de las evidencias científicas actualizadas y por ello mantiene al día conocimientos, habilidades y actitudes profesionales, minimizando la POSIBILIDAD de cometer errores a través de la mejora diaria y el compromiso científico con la especialidad

La polivalencia, la transversalidad y la incertidumbre con la que trabaja diariamente el Médico de Familia, no se consideran una limitación sino una característica propia de la ESPECIALIDAD y es un incentivo para participar activamente, en el crecimiento de la misma.

Realiza su trabajo en el seno de un equipo de profesionales de Atención Primaria con objetivos compartidos y para un mismo grupo poblacional, por lo que debe aprender a Trabajar en equipo, para identificar y fijar objetivos comunes así como a establecer Normas de Funcionamiento interno y mecanismos de coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

#### Descripción de participantes.

Lucero, María Mercedes: médica residente de tercer año de medicina general, ejerzo mi formación en el CAPS Eva Duarte de Perón.

Colaboradores: Soria, Natalia: médica residente de tercer año de medicina general. Colaboración en la descripción del relato.

## **Explicativo**

El propósito de este relato es transmitir lo que una rotación en el extranjero me ha generado, ya sea el modo de pensar e interrogar las intervenciones en medicina general y a la vez el conocer de forma “real” las prácticas que vengo realizando, pero en otros escenarios.

Considero también que el realizar esta experiencia me representó un profundo desafío y me llevó a revisar mis conocimientos. También me impulsó a realizar un relato diario en la búsqueda de nuevos recursos y nuevas estrategias, recurriendo a diferentes bibliografías y generando en mí una fuerte motivación por descubrir cómo se trabaja la atención primaria en otro país.

España cuenta con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo. Su red de hospitales, centros de especialidades y ambulatorios ofrece una amplia cartera de servicios, que dispensan el sector público y el privado.

Uno de los pilares sobre los que se asienta el Estado de bienestar que disfrutan los españoles es su Sistema Nacional de Salud (SNS), reconocido como uno de los mejores del mundo por su accesibilidad, equidad y calidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sitúa a la sanidad española en séptima posición en el ranking mundial de sistemas sanitarios. Asimismo, los profesionales del sector formados en España son los más demandados por el resto de países de la Unión Europea (UE), por su excelente formación y alta cualificación profesional.

El sistema de salud es uno de los determinantes sociales de la salud. La Atención Primaria es un medio excelente para trabajar sobre ellos, ya que tiene una visión integral avanzada de la salud, otorgando un valor esencial a la equidad sanitaria.

Los estilos de vida, o conductas relacionadas con la salud, son factores modificables que se han demostrado determinantes para nuestro estado de salud. El estilo de vida, depende en gran parte de otros factores determinantes de la salud, como los factores socioeconómicos.

Aquí en España, algunos ejemplos de ello son: las condiciones de vida y el trabajo han empeorado, la precariedad laboral ha demostrado ser un riesgo para la salud y se relaciona con problemas de salud mental, alcohol, accidentes laborales, aumento de consumo de tabaco, problemas familiares y estrés mayor, lo cual llevan a una muerte prematura.



El acceso a las viviendas es difícil, el pago de las hipotecas es complicado, los pensionistas mantienen a sus hijos y nietos.

Para los ancianos la dificultad en la ley de dependencia es un obstáculo para el envejecimiento saludable. Menos recursos, menos ayudas sociales.

Menos inversión en mejoras del retorno urbano y rural, lo que no facilita avanzar en espacios más saludables.

Mi desempeño como integrante de un equipo de salud de manera transitoria fue, fascinante. Poder ser parte, sin siquiera notar las diferencias en lo que a mi formación respecta, con mis colegas españoles, han dado cuenta de mis habilidades y herramientas como lo son: el vínculo con el paciente, el abordaje en la consulta, la comunicación con los demás profesionales de la salud trabajando en equipo e interdisciplinariamente.

### **Síntesis y Conclusiones**

Todos los rotantes pasamos por los mismos estados, el relato de cada uno te va preparando para que te suceda algo parecido a lo que los otros dicen que les viene sucediendo. Llegas, sabes que te vas a ir pero intentas olvidarlo y en algún punto te afecta. Y luego empiezas a sentir que te vuelves. Y que el retorno es necesario para tomar distancia de esa intensidad, y poner en orden desde otra perspectiva todo lo aprendido.

Esta experiencia me ha llevado a replantearme el modo en que se ven las rotaciones optativas de un residente en su último año formativo.

El elegir un lugar diferente para rotar por la especialidad, tendría que ser un espacio pensado con responsabilidad y deseo. Las ilusiones puestas en cambiar tan solo durante tres meses la modalidad de trabajo que llevas en la formación diaria, tendría que ser un espacio evaluado en equipo.

Si bien los sistemas de salud en ambos países tienen grandes diferencias, sobre todo en su forma de división, he comprendido la organización estatal de la salud española, teniendo como estrategia básica la atención primaria y su organización a través de los programas sanitarios. También pude notar en cuanto al perfil, que hay grandes similitudes en lo que respecta al compromiso con el paciente y la forma de atención.

Una vez al regreso, sería importante realizar una presentación en modalidad taller, clase o reunión, y poder contar a cada integrante del equipo, lo que ha pasado mientras

estuve fuera. Poder expresar no solo la parte de atención médica, sino también la función de la trabajadora social y sus diferencias, el papel de los enfermeros/as en cuanto a la asistencia al médico, la psicóloga y sus derivaciones y a todo el equipo de salud. Poder transmitir toda la información obtenida con el fin de generar propuestas o estrategias que lleven una mejor modalidad de trabajo.

He logrado también tener un contacto diario a cargo mis compañeras, y gracias a la tecnología con el propósito de actualizarme semana a semana de lo ocurrido en mi ausencia. Considere necesaria e importante la presencia ya que al ser el residente superior existe el deber ético de formador.

Este lugar me ha regalado la energía máxima para poder reflexionar siempre con una mirada optimista. Ojala mis deseos se sigan haciendo realidad.

## **Bibliografía**

- <http://www.topia.com.ar/articulos/relato-una-experiencia-pasantia-trieste>
- <http://www.monografias.com/trabajos16/sistema-salud-argentina/sistema-salud-argentina>.
- Sistema de información en Atención Primaria 2009. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
- Martínez P, de Nadal J, Aleste JM, Ávila A, Barranco S, del Castillo M, et al., y Comissió d'exercici de la professió mèdica. Anàlisi de les retribucions mèdiques. Generalitat de Catalunya. 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/cpmc/html/ca/dir3253/analimed.pdf>
- <http://marcaespana.es/talento-e-innovacin/sectores-punteros/salud-e-investigacin/un-sistema-sanitario-innovador-y-de-calidad>.

<b><u>Titulo:</u> TAN DISTINTOS E IGUALES. ABORDAJE DE LA EXPERIENCIA DE UNA ROTACION EXTERNA EN EL ULTIMO AÑO DE LA RESIDENCIA.</b>
<b><u>Autores:</u> LUCERO, María Mercedes</b>
<b><u>Lugar de Realización:</u> CAPS LA PAU, C. Pere Verges 3. Barcelona, España. CP: 08025</b>
<b><u>Teléfono de contacto:</u>0342-155123233</b>
<b><u>E-mail de contacto:</u>mechilucero@hotmail.com</b>
<b><u>Tipo de trabajo:</u> Relato de Experiencia</b>
<b><u>Categoría temática:</u> Clínica Ampliada</b>
<p>El propósito de este relato es transmitir lo que una rotación en el extranjero, realizada en el último año de la Residencia me ha generado, ya sea el modo de pensar e interrogar las intervenciones en Medicina General y a la vez el conocer de forma real las practicas que vengo realizando, pero en otros escenarios.</p> <p>Es por ello que me vi en la necesidad de plantearme un nuevo desafío que pueda intentar de algún modo convencerme que iba por el camino correcto. Por lo que decidí rotar en el extranjero, traspasando fronteras a modo de poder contar algún día, que yo estuve allí. Mi lugar elegido fue España.</p> <p>Considero también que el realizar esta experiencia me representó un profundo desafío y me llevó a revisar mis conocimientos. También me impulsó a realizar un relato diario en la búsqueda de nuevos recursos y nuevas estrategias, recurriendo a diferentes bibliografías y generando en mí una fuerte motivación por descubrir cómo se trabaja la atención primaria en otro país.</p> <p>Este relato se propone transmitir una experiencia, poner en dialogo distintos recorridos que dan cuenta de una búsqueda.</p>
<b><u>Palabras clave:</u> rotación libre, clínica ampliada, atención primaria.</b>
<b><u>Modalidad de presentación:</u> PowerPoint con cañón multimedia.</b>