

Mi experiencia como residente en un centro con actividades comunitarias

Autora:

M^a José Moreno Frades. Centro de Salud Villarta de los Montes (Badajoz)

Para contactar:

M^a José Moreno Frades
m_moreno_frades@hotmail.com

Justificación

La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria fue un gran avance para la medicina comunitaria, pero la inercia biomédica de los profesionales, las limitaciones y carencias de la administración sanitaria y un pregrado hospitalario y biomédico han dejado sin un desarrollo adecuado los aspectos comunitarios de la medicina en Atención Primaria.

Durante la residencia no se habla de actividades comunitarias y, normalmente, no se incluye en el programa docente; la única experiencia suele ser la rotación con el trabajador social o con enfermería.

Además, existe una sobrecarga asistencial que hace que muchos proyectos recaigan sobre el esfuerzo de unos pocos que utilizan su tiempo libre. Por regla general, no existe un espacio para la dedicación a estas actividades y ha de hacerse a costa de voluntarismo. Y por supuesto también dependemos del apoyo institucional y de la escasa financiación^{1,2}.

Con este artículo, mi intención es reflejar desde mi propia experiencia el cambio de mentalidad que he experimentado con respecto a la necesidad de la participación de la ciudadanía en la promoción de salud gracias al hecho de haber realizado mi formación como residente en un centro que tiene como misión mejorar el nivel de salud a través de la participación activa de la población y con actuaciones a nivel individual, familiar y comunitarias.

Evolución

Primera fase: incertidumbre

Toda esta experiencia comienza hace cuatro años, desde el mismo día en el que elegí la plaza MIR. Ese día todavía quedaba una plaza

de la especialidad que siempre había querido, pero al ser muy lejos de mi ciudad, finalmente opté por Medicina de Familia, aun sin saber muy bien dónde me metía...

Todo el mundo me preguntaba qué había elegido, y mi respuesta siempre era «Familia», hasta que un buen día miré el libro de residente y me di cuenta de que lo que realmente había escogido era ser Médico de Familia y Comunitaria. Pensé: «¿Eso de “Comunitaria” qué es? ¿Cómo el segundo apellido por parte de madre? ¿Algo que está ahí, pero que no sirve para prácticamente nada?» La verdad es que sentía algo de miedo...

Segunda fase: incredulidad

Pocos meses más tarde tuve que tomar una segunda decisión importante: había muchos centros de salud entre los que elegir y todo el mundo te intentaba «vender» el suyo. Por entonces pisé por primera vez El Progreso. Me atrajeron las instalaciones, el hecho de ser un equipo pequeño (lo cual me pareció muy acogedor), la población (con recursos muy escasos) y, por supuesto, mi tutora (una persona muy alegre y que parecía, y al final resultó ser, muy docente). El hecho de ser diferente a los demás por desarrollar en él actividades comunitarias fue algo que me pareció «bonito», pero sinceramente tengo que confesar que en mi interior pensaba que todo eso no servía para nada...

En respuesta a esto último, tengo que decir que al ver la memoria del Equipo de Atención Primaria de 2008 se observa que:

- La frecuentación en consulta a demanda ha bajado de 7,93 en el año 2006 a 5,02 en 2008.
- Respecto a los avisos a domicilio, la frecuentación ha pasado de 1,96 en 2007 a 1,06 en 2008.

Palabras clave:
residente, comunitaria,
experiencia.

DURANTE LA RESIDENCIA NO SE HABLA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS Y, NORMALMENTE, NO SE INCLUYE EN EL PROGRAMA DOCENTE

Este artículo, presentado en forma de comunicación oral en las XIV Jornadas de Residentes SEExMFyC (Badajoz, 28 de abril de 2011), obtuvo el premio a Mejor Experiencia.



Figura 1. Taller de mejora de hábitos alimentarios «Pulguitas integrales contra grasas vegetales».

- Las demandas administrativas, que representaban el 30% del total de las consultas, actualmente han pasado a ser el 10% del total.
- La demanda media durante los turnos de atención continuada está en 20 pacientes/día.

Tercera fase: negación

Por fin empiezo a trabajar. Es durante los primeros seis meses de residencia, que en nuestra ciudad se rota por el centro de salud, donde tengo el primer contacto con el diagnóstico participativo de salud. Nuestros tutores nos contaban con mucha ilusión y orgullo todo el trabajo realizado años atrás, pero a mí solo me surgían dudas: ¿cómo?, ¿dónde?, ¿por qué?, y sobre todo... ¿cuándo? ¡Si no hay tiempo! ¿Aquí no han tenido que hacer muchas horas extras? Finalmente, pensé que yo no había elegido ese centro de salud por esto y que por supuesto no quería «vivir para trabajar». Además, lo que a mí me habían enseñado en los seis años de carrera era que el médico es clínico y se forma para curar y «ver enfermos», de manera que el comportamiento del paciente es un problema de él... ¡Menuda contradicción!

Poco a poco me fui enterando de que existe mucho voluntarismo en este tema, pero que la base de todo es una buena organización y ganas de hacer bien las cosas:

- En El Progreso, la agenda semanal de enfermería libera 2 horas en jornada de mañana y 2 horas por la tarde para:
 - Planificación y ejecución de talleres de promoción de la salud y participación comunitaria.
- Medicina dedica 2 horas a la semana en horario de tarde para:
 - Campañas de divulgación del Proyecto Progreso.
 - Inspecciones de salud pública.
 - Otras actividades comunitarias.

Cuarta fase: asistencialismo

Todavía siendo R1 dejo el centro de salud y soy absorbida por la vorágine del hospital durante tres años (rotaciones, guardias y más guardias). Es donde aprendí que los servicios sanitarios son una empresa de provisión de servicios cuyo único objetivo es satisfacer la demanda con el menor coste posible, pero al mismo tiempo yo me sentía muy bien y por fin, útil... ¡Estaba salvando vidas! (o al menos eso creía). Era de vuelta a casa, casi siempre reventada por la cantidad de gente que podía haber visto, cuando pensaba: «¿Este ritmo de trabajo es siempre así? Porque, si es así, ¡esto no hay quien lo aguante los cuatro años de residencia!»

Quinta fase: cambio de mentalidad

Tras el agotamiento físico y mental de las fases anteriores, el hecho de tener que regresar mi último año de residencia al centro de salud era algo con lo que soñaba. Comencé a formarme tanto en aspectos teóricos como prácticos acerca de la atención comunitaria y a abrir mi mente: ¿qué me estoy perdiendo? Comprendí que el centro de salud no es el centro de la comunidad, sino un recurso más cuyo objetivo no es solo satisfacer la demanda asistencial con el menor coste posible, sino que también tiene que ver con la promoción de la salud, y que cuando uno descubre el poder de cambiar y mejorar juntos la sociedad se transforma.

Sexta (¡y última!) fase: trabajo en comunidad

Durante todo el cuarto año decidí meterme de lleno a sentir y ver con mis propios ojos

DURANTE TODO
EL CUARTO
AÑO DECIDÍ
METERME DE
LLENO A SENTIR
Y VER CON MIS
PROPIOS OJOS
EL TRABAJO EN
COMUNIDAD



Figura 2. Grupo focal del proyecto fin de residencia.

el trabajo en comunidad, incluyendo el proyecto fin de residencia, que, como no podía ser de otra manera, lo realizamos con y para la población:

- Consulta joven sobre salud sexual.
- Red de voluntariado para acompañamiento de ancianos que viven solos.
- Programa para la «Mejora de los hábitos alimentarios y del ejercicio físico en escolares y familias».
- Entrevistas con el concejal delegado del Servicio de Limpiezas del Ayuntamiento de Badajoz.
- Estudio sobre la prevalencia de la infección latente tuberculosa en la población de 6 a 14 años de nuestra zona de salud durante 10 años.
- Talleres de promoción de la salud:
 - Talleres de promoción de salud en la menopausia.
 - Talleres de autoestima en los centros de promoción de la mujer y centro social.
 - Taller de risoterapia en coordinación con los tres centros de promoción de la mujer y centro social.
 - Talleres preventivos «Espalda sana» en centros de promoción de la mujer y centro social.
 - Talleres con enfermos respiratorios crónicos en el centro de salud.

- Talleres dentro del programa «Mejora hábitos alimentarios» en un colegio de la zona (figura 1).
- Proyecto de investigación fin de residencia: estudio de los problemas sentidos por la población anciana de la zona de salud El Progreso (figura 2).

Reflexiones

¿Qué me ha aportado todo esto?:

- Aprender aspectos teóricos acerca de la atención comunitaria.
- Haber trabajado utilizando diferentes recursos y técnicas (grupos focales, entrevistas a testigos privilegiados, etc.).
- El valor del trabajo en equipo y de saber escuchar.
- Compartir experiencias e ideas con otros compañeros.
- Conocer una realidad cultural y social diferente y compleja a la que no se llega sin salir de la consulta.
- Reflexionar sobre nuestro sistema formativo y nuestra propia forma de trabajar.
- Estrechar lazos con compañeros de otros contextos.
- Y lo último y más importante: creatividad y entusiasmo por la Medicina Familiar y Comunitaria.

Bibliografía

1. Álvarez M. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria y los médicos jóvenes. Comunidad. 2009;(11):27.
2. Bonal P. La formación de grado y posgrado en el campo de la orientación comunitaria. Comunidad. 2006;(9):5-7.

SE REALIZARON TALLERES PREVENTIVOS «ESPALDA SANA» EN CENTROS DE PROMOCIÓN DE LA MUJER Y CENTRO SOCIAL