

EXPERIENCIA

Tan igual, tan distinta: diferentes facetas de la atención primaria.

Sandra Robles Pellitero¹, Gloria Rabanaque Mallén², Pilar Botija Yagüe³.

1. Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (R4). Consultorio Auxiliar de Navajas. Castellón. España.
2. Médica de Familia. Consultorio Auxiliar de Navajas, Castellón. España.
3. Médica de Familia. Centro de Salud Puerto de Sagunto I. Valencia. España.

Sandra Robles Pellitero
E-mail: srobpel@gmail.com

Citar como: Robles Pellitero S.; Rabanaque Mallén G. y Botija Yagüe P.
Tan igual, tan distinta: diferentes facetas de la atención primaria. fml. 2016; 20(32):6p

Recibido el 09/2016
Aceptado el 10/2016
Publicado el 11/2016

TAN IGUAL, TAN DISTINTA: DIFERENTES FACETAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.

En el año 2014 un 20.73% de la población española vivía en el medio rural, si consideramos como tal aquellas poblaciones menores de 10000 habitantes¹. Aunque el INE define como rurales a las poblaciones menores de 2000 habitantes², tenemos que tener en cuenta a las del intervalo entre 2000 y 10000, denominadas semi-rurales², que habitualmente constituyen las cabezas de Municipio y Partidos Judiciales; en ellas se concentra más población pero comparten casi todas las características de los pueblos más pequeños, entre otras: actividad económica centrada en los sectores primario y terciario, gran vínculo social y familiar, endogamia, relación más directa con la naturaleza o un ritmo de vida tranquilo.

Existe mucha bibliografía que versa sobre la medicina de familia rural y su idiosincrasia particular²⁻⁶. Casi siempre, en comparación con el medio urbano, se expone que la medicina rural es una rama de la profesión médica más denostada: por falta de recursos humanos de personal no sanitario y materiales³⁻⁵, por soledad y aislamiento profesional³⁻⁶, por ser una medicina más práctica y menos técnica o alegando una menor posibilidad de actualización y formación^{2,3,6}.

Uno de los objetivos de este artículo es evidenciar las ventajas e inconvenientes que se dan tanto en uno como en el otro medio y recuperar el prestigio del médico de familia y la importancia de su actividad en ambos lugares. Para ello se utilizó la revisión de la literatura científica y la observación directa a partir de la experiencia de una residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar y comunitaria y la de sus tutoras, rural y urbana.

Tras haber escogido realizar la residencia de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en un medio rural, la tutora principal recomendó efectuar un rotatorio en un entorno urbano, en vez del rotatorio rural que se ofrece en el tercer año en el programa de la especialidad, en un centro de salud que durante varios años fue su anterior destino profesional. A raíz de esta experiencia compartida a tres bandas (tutora rural, urbana y residente) se expone aquí nuestra particular comparación entre el ejercicio de la Medicina en medios tan distintos.

MEDIO URBANO (tabla 1):

La medicina de familia en zonas densamente pobladas se caracteriza, de forma general, por

tener una población más variada, joven, poco frecuentadora, demandante de actividades más burocráticas o preventivas⁵ (incapacidad laboral transitoria, analítica de control anual), además de una población anciana con una red familiar reducida y poco apoyo social que en ocasiones cambia de un domicilio a otro cada pocos meses, haciendo que las consultas del médico de familia tengan además de patología aguda, enfermedades crónicas prevalentes de la sociedad actual. Los centros de salud urbanos pueden ser muy dispares entre sí, tanto por la población a la que asisten (zonas residenciales, barrios formados por población de aluvión o barrios de acción preferente, entre otros) como por la gestión a la que se someten. Dentro de la consulta hay mayor facilidad para guardar el secreto profesional⁴, donde los diagnósticos y errores médicos tienen menor impacto en la comunidad⁵ ya que pueden disiparse entre la población de forma natural sin que lleguen a enterarse de los mismos.

El Centro de Salud dispone de muchos recursos personales³⁻⁵ con profesionales especializados en diversas tareas: limpieza, gestión de citas, organización de fármacos y material fungible o cuidados de enfermería. Hay un sistema de citación estandarizado³⁻⁵ y es fácil para el equipo gestionar las citas en función de las necesidades de la población. El profesional está rodeado de compañeros³⁻⁵ a los que consultar dudas y con los que, a priori, se pueden organizar reuniones docentes y sesiones³⁻⁵ donde comentar casos o dudas clínicas.

El mayor inconveniente es el tiempo. En general, se dispone de poco tiempo de visita por paciente, que además, suele acudir con la intención de no esperar mucho para ser atendido. La consulta se limita a menos de 10 minutos, con centros en los que no llegan a los 7 minutos. Esto supone, salvando la variabilidad individual, una disminución en la cartera de servicios³⁻⁵ tradicional del médico de familia por falta de tiempo para ejercer determinadas actuaciones y la aparición de demora en la hora de la cita y listas de espera, algo inaceptable en un sistema de acceso básico y universal para la población. La atención domiciliaria puede verse reducida³ por este problema, incluso percibiéndose como una "carga asistencial", ya que se realiza tras haber valorado en la consulta a 30 o 40 pacientes en el día, y en algunos casos a más. Por lo que no es extraño acabar invitando a los pacientes a acudir personalmente al centro de salud. Otras actividades que se ven perjudicadas son la atención a la familia o a la comunidad, pudiendo abocar en una pérdida de terrenos que clásicamente eran propios de la medicina de

familia y cada vez más se ven ocupados por la aparición de unidades especializadas como las de hipertensión arterial o la de menopausia. Esta falta de tiempo, habitualmente, condiciona que en la jornada laboral sea muy difícil la actualización y formación del personal, lo que va en detrimento de la capacidad del profesional que para mantenerse al día depende de su tiempo personal. Por otra parte, se tiende a sobredimensionar los cupos de atención primaria superando en muchos casos los 1600 habitantes por médico de familia. Ambos problemas, el del tiempo y el de los cupos exageradamente grandes, pueden conllevar a la aparición de profesionales insatisfechos y con burn-out.

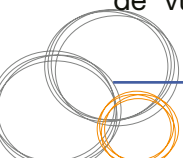
MEDIO RURAL (Tabla 2):

Las poblaciones pequeñas y sobre todo las más rurales, habitualmente están formadas por núcleos muy envejecidos, con demandas frecuentes en torno a sus patologías de base o a reagudizaciones y aparición de nuevos problemas al tratarse de personas frágiles, lo que supone una atención compleja que precisa de profesionales cualificados y actualizados. En contraposición, las consultas por embarazo o enfermedades relacionadas con el trabajo son menores. El acceso de la población a la consulta es muy sencillo proporcionando gran satisfacción entre los autóctonos pero favoreciendo la hiperfrecuentación, en ocasiones por la accesibilidad (a veces no existe un sistema de citas estandarizado, de forma que normalmente se atiende a todo el que se presenta) y en ocasiones porque la llegada del médico es un acontecimiento social de primer orden y la sala de espera es un buen sitio de reunión. Esto junto con la estrecha relación de los pacientes hace que mantener la confidencialidad de los actos médicos sea más complicado³⁻⁵. Parte de la idiosincrasia particular de los pueblos lleva a que aparezca falta de límites^{4,5} hacia los profesionales solicitando consultas en la calle o durante la pausa del café.

Aparte de la población local, los núcleos pequeños han ido adquiriendo nuevos pobladores, los llamados neo-rurales^{3,5}, que, de forma general, tienen expectativas y demandas diferentes de las habituales en este medio y suelen portar una especial carga psicosocial. Por una parte están aquellas personas que vuelven a su pueblo de origen, a los que les unen lazos familiares y que se integran con más o menos dificultad en la comunidad; por otra, aquellas personas que huyen de las grandes urbes buscando algo mejor que la pobreza y se encuentran en situación de vulnerabilidad y riesgo familiar y social; y

finalmente, pacientes con una personalidad y creencias originales y naturalistas, con rechazo hacia la inmunización y la farmacología clásica.

Respecto de los recursos de los que se dispone en el ejercicio de la medicina rural se puede afirmar que son escasos a nivel de personal³⁻⁵ y a veces también a nivel técnico^{4,5}. Habitualmente no se dispone de personal administrativo, ni de celadores ni auxiliares. En algunas ocasiones médico/a y enfermero/a se reparten la semana entre los distintos pueblos de forma que no coinciden para cubrir toda la población con algún sanitario presente. Esto hace que el que está en el lugar tenga que encender y apagar las luces y la calefacción, tomar y transportar las muestras, coger el teléfono, dar citas y hacer electrocardiogramas o una reanimación cardiopulmonar en solitario. Técnicamente, en los centros y consultorios de los que tenemos constancia, el material y el soporte técnico son muy similares en el medio rural y en el urbano. Los grandes tesoros del médico rural son el tiempo y un cupo de pacientes racionalizado que depende del censo de la población en la que trabaja, a veces demasiado pequeño, limitando el ejercicio de la práctica clínica. Esta disponibilidad de tiempo y el conocimiento del entorno, permite al profesional encargarse de los pacientes a nivel biológico, psicológico y social, atendiendo a sus familias y a la comunidad^{4,5}. Le proporciona la posibilidad de ampliar su cartera de servicios individual y consultar a niños, embarazadas, accidentes de tráfico, urgencias, cirugía menor, cuidados paliativos y salud pública³⁻⁵. Tiene la posibilidad de practicar la atención domiciliaria^{3,5} (muy querida para la población que, envejecida, vive en su propia casa gracias a la ayuda de su red social y familiar, concienciados de querer envejecer, enfermar y morir en sus propios domicilios). Además, tiene tiempo de poder formarse, actualizarse y ser docente en parte del horario laboral, sorteando la barrera clásica de la soledad y el aislamiento^{3,4} a través de nuevas formas de comunicación: blogs docentes, whatsapp, libros y revistas en internet o cursos online. Una desventaja intrínseca a la población rural, típicamente alejada de poblaciones grandes con más recursos técnicos y que cuentan con otros especialistas, es el miedo en ocasiones irracional, a la derivación al siguiente nivel proporcionando más incertidumbre a la práctica del médico de familia rural que respeta el principio de Autonomía⁵, así como aquellos casos de pacientes habitualmente varones, viudos o solteros, sin apoyo social y con alta dependencia del sistema sanitario en el momento en el que dejan de ser autónomos y sus cuidados se complican⁵.



Todo lo anterior hace que los profesionales que trabajan en este medio estén calificados como los más satisfechos de los médicos de familia⁶, son bien valorados por parte de sus pacientes^{3,4}, se les reconoce como miembros importantes de la comunidad y tienen la posibilidad de trabajar mano a mano con farmacéutico/as, veterinario/as, maestros/as u otros profesionales³⁻⁵ que influyen en la calidad de vida de la población. Como contrapunto, también son trabajadores que la mayor parte de las veces, recorren largas distancias por carreteras^{3,5}, a veces en condiciones inhóspitas, bajo cualquier climatología, con los riesgos que ello conlleva.

CONCLUSIONES

El papel del médico de familia es clave y eje en el abordaje de la atención al paciente de forma integral, integrada y longitudinal, siendo el profesional que más conoce al paciente, sus circunstancias, todas sus patologías y los fármacos que toma, trabajando desde una esfera bio-psico-social.

La medicina de familia en el medio urbano supone un reto para los profesionales sanitarios, que habitualmente se ven limitados en su ejercicio por tiempos de atención poco realistas que hacen que la práctica clínica sea más compleja. Se maneja una población generalmente más variada, joven, menos demandante y frecuentadora que en el medio rural, con patología más propia de la edad, pero también anciana, en ocasiones con poco apoyo familiar o que cambia de un cupo a otro a lo largo del año. No tienen que realizar labores propias de otros profesionales y la gestión de las citas es habitualmente mucho más racional que en el medio rural.

Por otra parte, la medicina de familia en el medio rural, gracias al tiempo del que dispone, permite una atención centrada en la persona, además de incluir a la familia y a la comunidad, así como intervenciones en materia de salud pública, con los mismos medios técnicos de los que se dispone en los centros de salud urbanos pero con más tiempo para poder utilizarlos. Con la confianza y el reconocimiento de la población en que "su médico" es El Médico del Pueblo.

Tanto en el medio urbano como en el rural existe gran variabilidad en la práctica clínica de los distintos profesionales, en la gestión organizativa de los centros, en las actividades practicadas por los equipos de atención primaria y hasta incluso en la motivación, cansancio o formación del personal, condicionando una gran variabilidad en la atención al usuario. Sería deseable implementar medidas para mejorar, racionalizar

y sobre todo, homogeneizar tanto la formación como la organización y las condiciones laborales de forma global.

En el medio urbano habría que adaptar los cupos y los tiempos de cada consulta para que el médico dispusiera de ese espacio temporal para participar en actividades comunitarias, autoformativas o de atención al paciente en el domicilio.

Para los centros de salud rurales la clave está en mantener, al menos, los mismos recursos humanos y técnicos que ya tienen, a pesar de ser servicios comparativamente más caros que los centros urbanos. Y potenciar el uso de las nuevas tecnologías para mantener la comunicación, formación y contacto con el resto de profesionales de su Área o Departamento de trabajo.

Consideramos que ofertar en el programa de la especialidad de medicina de familia la posibilidad de rotar en centros urbanos y rurales es un enriquecimiento en la formación del residente adquiriendo conocimientos complementarios. Para ello se debe velar por que los centros cumplan una serie de requisitos para ser docentes, entre ellos: sesiones docentes, tiempo para la docencia, reuniones de equipo y programas de salud en funcionamiento con evaluaciones periódicas. De esta forma el residente puede conocer los diferentes ámbitos antes de salir al mercado laboral eligiendo aquello que más se adapte a su perfil profesional.

Respecto a lo que aporta a las tutoras, la residente ha servido de estímulo para aumentar la comunicación entre una médica de un medio urbano y una de medio rural y revisar aquellas cosas que se pueden mejorar o adaptar de un lugar a otro.

Como conclusión a esta experiencia docente es de destacar la versatilidad de esta especialidad, multifacética y global, que no sólo atiende al paciente sino a su familia y entorno, cualquiera que sea, haciendo que la medicina de familia sea tan igual y tan distinta.

BIBLIOGRAFÍA

1. INE. *Cifras oficiales de Población de los Municipios Españoles: Revisión del Padrón Municipal. Datos consultados para 2014* [consultado Ene 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.html?padre=517&dh=1>
2. Turón Alcaine JM. *Investigar en el medio rural ¿una misión imposible?* Revista clínica electrónica en atención primaria [revista de internet] 2007 [consultado Ene 2015]. Disponible

en:<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=05>

3. Alonso Roca R, Vázquez Torguet AM. Docencia en el medio rural ¿Hay algo que aportar al residente? *Revista clínica electrónica en atención primaria [revista de internet] 2007 [consultado Ene 2015]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=03>*

4. Gervas J, Pérez M. El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano. *Revista clínica electrónica en atención primaria [revista de internet] 2007 [consultado Ene 2015]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=14&art=06>*

5. Alonso Roca R, Bertral López C, García Burriel L, Fajardo Alcántara A, Martín-Carrillo Domínguez P, Ornia Rodríguez S, et al. *El medio rural: una visión mirando al futuro. Atención Primaria. 2000; Vol. 26 (2). Disponible en: <http://dev2.elsevier.es/a-revista-atencin-primaria-27-articulo-el-medio-rural-una-vision-11374?referer=buscador>*

6. Fígols Pedrosa, M, Font-Ribera L, Deniel Rosanas J, Vidal-Alaball J, Alonso Vallés L, Gassó Tarrès M. (2014) “La atención primaria rural en Catalunya. Situación y opinión de los asistentes a la I jornada d’Atenció Primària al món rural (2011)”, *Butlletí: Vol. 32: Iss. 1, Article 3. Disponible en: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol32/iss1/3/>*

Tabla 1: Características del ejercicio de la medicina de familia en el medio urbano.

CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL MEDIO URBANO	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
Mayor sencillez en mantener el secreto profesional y la confidencialidad (población más amplia y menos conocida). Las salas de espera no funcionan como centro de reunión social ³⁻⁵ .	Puede haber una reducción en el contacto con la comunidad y el entorno ³⁻⁵
Fácil acceso al medio hospitalario ^{3,5}	Cartera de servicios puede quedar limitada por falta de tiempo. Terrenos clásicos del médico de familia perdidos ³⁻⁵
Fácil derivación a otros especialistas ^{3,5}	Posibilidad de haber cupos sobredimensionados en población grandes con recursos limitados o afectos de recortes
Posibilidad de realizar reuniones de equipo frecuentes y programadas	Poco tiempo para dedicación a docencia, investigación y formación dentro de la jornada laboral
Errores y diagnósticos se pueden disipar entre la población, pasando desapercibidos entre unos pacientes y otros ³⁻⁵	Se puede llegar a un alto nivel de estrés e insatisfacción y <i>burn-out</i> en relación a las condiciones de escaso tiempo/paciente ³⁻⁵ .
Contacto directo entre profesionales ³⁻⁵	Tiempo de visitas muy limitado (5-7 min/paciente)
Posibilidad de menor frecuentación, en las poblaciones más jóvenes ³⁻⁵	Puede haber una reducción de la atención domiciliaria por falta de tiempo para la asistencia domiciliaria ³⁻⁵
Equipo de atención primaria amplio y multidisciplinar	Demora en las citaciones. Aparición de listas de espera.
Sistema de citaciones estandarizado y conocido por todo el personal ³⁻⁵	Mayor tiempo de demora en la sala de espera. Prisas del paciente

NOTA: Tabla 1: Características del ejercicio de la Medicina de Familia en el medio urbano. Ventajas e inconvenientes.

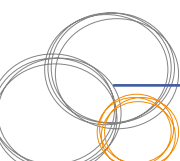


Tabla 2: Características del ejercicio de la medicina de familia en el medio rural.

CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA DE FAMILIA EN EL MEDIO RURAL	
VENTAJAS	INCONVENIENTES
Cupo habitualmente asequible (dependiente de la población que se atiende) ³	Cupos muy pequeños que limitan el ejercicio de la práctica clínica
Se puede conseguir una atención con enfoque biopsicosocial, facilitada por el amplio conocimiento de la comunidad y de sus familias y miembros ³⁻⁵	Aparición de población neo-rural ³ .
Accesibilidad plena para el paciente ^{4,5}	Hiperfrecuentación por fácil acceso. La apertura del consultorio como acontecimiento social, de reunión ³⁻⁵
Protagonismo de la atención domiciliaria ³	Falta de límites en las demandas fuera de la consulta ⁴
Facilidad para ejercer actividad comunitaria ^{3,4}	Aciertos y errores médicos son <i>vox populi</i> ⁴
Satisfacción personal ⁶ . Alta reputación en la comunidad ^{3,4,6}	Movilización por carretera, en vehículo propio, bajo cualquier condición climatológica ^{3,4}
Tiempo de docencia, formación e investigación dentro del horario laboral	Soledad por falta de contacto con otros profesionales (salvable con nuevas tecnologías) ³⁻⁵
Atención de aspectos de la salud pública ³	Ejercicio de actividades no propias de la profesión ^{3,4}
El puesto invita a tener alta capacidad resolutoria y alto grado de responsabilidad (hospital lejano, ausencia de compañeros cercanos) ^{3,5}	Situaciones hostiles y desagradables (atención a accidentes o RCP en solitario) ^{3,4}
Menor limitación de tiempo/paciente	Rechazo irracional a la derivación por parte del paciente
Relación con otros miembros importantes de la comunidad ³⁻⁵	Población envejecida, pluripatológica, de difícil manejo, que precisa una alta capacitación por parte del profesional ⁴
Relación estrecha del equipo médico/a-enfermería ⁵	Población sola y envejecida, sin apoyo familiar con alta dependencia del sistema sanitario al perder su autonomía
Cartera de servicios amplia, si se quiere ³⁻⁵	

NOTA: Tabla 2. Características del ejercicio de la medicina de familia en el medio rural. Ventajas e inconvenientes. RCP: reanimación cardiopulmonar.

