



XXXI CONGRESO NACIONAL de MEDICINA GENERAL

Año 2016, SAN CARLOS DE BARILOCHE, PROVINCIA DE RIO NEGRO

RELATO DE EXPERIENCIA

“Creciendo desde la gestión, aprendiendo desde el abordaje”

Trabajo inédito

Área: Gestión/Administración de los servicios de salud

AUTORES:

STERLI, Maria Roberta
NICOLAO, Maria Teresa

Colaboradores:

WENNER, Maria Aurelia
GARCIA ROGEL, Maria Soledad
OVALLE, Magdalena

Hospital Zonal Dr Ramon Carillo, Bariloche

Moreno 601, San Carlos de Bariloche, CP 8400

Correo electrónico: docencia@hospitalbariloche.com

++

**“CRECIENDO DESDE LA GESTION, APRENDIENDO EN EL ABORDAJE”
STERLI; NICOLAO.**

RESUMEN
TITULO : “Creciendo desde la Gestión, Aprendiendo en el Abordaje”
<u>Autores:</u> STERLI, Maria R; NICOLAO Maria T. <u>Colaboradores:</u> WENNER Maria A; OVALLE Magdalena; GARCIA ROGEL Maria S.
INSTITUCION
Residencia de Medicina General, Hospital Zonal Ramon Carrillo
Moreno 601, S.C. de Bariloche, Rio Negro. Cp: 8400
0294- 4426100
docencia@hospitalbariloche.com.ar
Relato de experiencia
Gestión/ Administración de los Servicios en Salud
<p>Esta experiencia relata cómo en base a un modelo de aprendizaje basado en la experiencia (Teoría a. e.) la residencia de Medicina General se encarga completamente de la gestión y asistencia de la posta sanitaria y toma a su cargo una situación de salud compleja, la de un paciente que vivía de su trabajo en el campo y que sufre un traumatismo raquímedular y resulta parapléjico. En esta experiencia la residencia logra ligar los cuidados paliativos al primer nivel de atención favoreciendo la permanencia del paciente en su “contexto original” y así estimulando la resiliencia.</p> <p>Queda en evidencia también, en contexto de este relato, las dificultades del paciente que posee seguro social en la Argentina.</p>
<p>La metodología utilizada para la recolección de datos fue la revisión de H.C. Entrevistas/Consultas a referentes, y participantes activos.</p>
<p>Conclusión: Luego de esta experiencia concluimos que el modelo de aprendizaje señalado comprende una de las grandes fortalezas de la residencia de med gral de Bariloche, que permite al “educando” desarrollar sus aptitudes integrando los conocimientos teóricos en el campo de acción y que es posible, y altamente redituable la “organización” de atención paliativa en contexto, en domicilio y desde el marco de la atención primaria de la salud</p>
<p>Palabras claves: Modelos Educativos; Gerencia; Cuidados Paliativos en Atención Primaria de Salud</p>
Soporte técnico: Cañón y pantalla

“El educador moderno no enseña sino guía el aprendizaje. No da conocimientos sino que señala hábilmente el camino para conquistarlos. No nos transmite una verdad prefabricada, nos conduce a un descubrimiento”. (Ángel Diego Márquez - Pedagogo argentino 1923-2001)

Introducción:

El siguiente relato da a conocer el *tesoro* de la residencia de medicina general de la ciudad de San Carlos de Bariloche, aquello de lo que los residentes nos sentimos orgullosos y consideramos valioso y enriquecedor en nuestra formación como futuros médicos generalistas.

Este *tesoro* se trata de la gestión y atención a cargo la residencia de una posta sanitaria de una localidad a la que llamaremos en este relato “Villa Limay”.

Y es en el escenario de este lugar donde se nos presenta **el año pasado**, a raíz del caso de un lugareño al que daremos el nombre de Ramón, un gran interrogante: los médicos de la residencia de medicina general de Bariloche, contamos con las herramientas necesarias para abordar un caso de salud-enfermedad complejo en APS?

Objetivos:

General:

- Reflexionar sobre nuestra práctica como residentes de medicina general a cargo de una posta sanitaria y cómo repercute esto en la comunidad y en la propia residencia.

Específicos:

- Abordar situaciones de salud complejas en APS
- Realizar abordaje integral de las familias en relación a los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidado
- Afianzar la autonomía/herramientas de los pacientes y su familia en los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado

- Propiciar el trabajo en equipo, la interdisciplina y la intersectorialidad para responder a situaciones complejas.
- Resaltar la riqueza de la metodología de aprendizaje basado en la experiencia.

Contexto:

La residencia de medicina general de la provincia de Río Negro cuenta con 30 años de trayectoria.

La misma se desarrolla en cuatro sedes de diferentes localidades, llevando adelante un mismo Plan de Estudios (Currícula), para lo cual entre ellas se articulan y consensuan aspectos teóricos, metodológicos, políticos e ideológicos en un contacto permanente entre sí. **Esta característica permite diferentes posibilidades de formación dependiendo de las características propias de cada hospital, su infraestructura, su recurso humano y otros aspectos locales, pero garantizando la unidad de criterios y objetivos de la formación.** (Ministerio de Salud de Río Negro, 2014)

En este contexto, una de las características de la sede de San Carlos de Bariloche es que cuenta con la posibilidad de tener a cargo la posta sanitaria de Villa Limay.

Si bien esta tarea no se encuentra descrita en el programa de residencia, podemos llevarla adelante gracias a que, como se mencionó anteriormente, las diferentes circunstancias de cada sede permiten cierta flexibilidad en las tareas, siempre y cuando se empodere la puesta en acción del residente y se garanticen los objetivos de formación; y así, como describe el programa, *“La formación de médicos Generalistas se ve favorecida por esta circunstancia ya que posibilita al residente visualizar la imagen de su especialidad en acción y valorar el impacto de la misma en el sistema de salud provincial”* (Ministerio de Salud de Río Negro, 2014)

Como el desarrollo local de las actividades formativas está a cargo del plantel docente de la Residencia (Coordinador, Instructores, Asesoras Pedagógicas y Jefe de Residentes), participando todo el equipo de salud de la institución en la formación de los residentes, en el año 2002 el coordinador que se encontraba a cargo junto con el Departamento de Actividades

Programadas para el Área (DAPA) decide incorporar a la residencia de medicina general a la asistencia de esta posta sanitaria.

A partir de entonces, por medio del trabajo en la posta sanitaria de Villa Limay, los residentes cuentan con otro recurso para incorporar conocimientos y aptitudes, a través de la práctica constante y el ejercicio de la gestión. Cubriendo de este modo algunos de los principales objetivos del programa.

Haciendo historia

La posta sanitaria de Villa Limay se pone en marcha en septiembre de 1987, siendo parte del área programa de Pilcaniyeu. En sus comienzos se brindaba asistencia una vez cada 15 días, y se encontraba a cargo sólo de un trabajador de la salud, el médico director del hospital de Pilcayeu, una localidad ubicada a 70 km de Bariloche.

En enero de 1988 se incorpora al equipo un agente sanitario, lugareño de la villa. Así la posta comienza a contar con médico cada 15 días y agente sanitario una vez por semana.

En 1995 cambia de administración, y pasa a ser parte del área programa de DAPA Bariloche, dejando de pertenecer a Pilcaniyeu. Bariloche reorganiza la asistencia en base a las necesidades del lugar y el agente sanitario comienza a concurrir dos veces por semana, y el médico (perteneciente a Bariloche) continúa con una frecuencia de asistencia cada 15 días.

En el año 2002 el médico que coordinaba la residencia de Medicina General, en conjunto con el DAPA, deciden incorporar a la asistencia de la posta sanitaria a la residencia en el rol de acompañantes del médico a cargo de la posta, y bajo supervisión. Entonces acompañando al médico comienzan a asistir cada 15 días de manera rotativa.

Es en el transcurso del año 2009, cuando el equipo se agranda, y se incorpora a la posta sanitaria una enfermera, quien concurre de manera semanal

En el año 2010, se encontraba a cargo de la coordinación de la residencia el doctor Oscar Di Marco, quien propone encargar la gestión y asistencia de la posta completamente a la residencia.

El principal argumento de esta propuesta se basa en el reconocimiento de aprender gestión como una necesidad de la residencia, en el valor de aprender desde la práctica cuestiones que son difíciles de aplicar desde lo teórico.

Entre el año 2013 y 2014 cambia el personal de enfermería, y debido a disponibilidad del servicio y a necesidades del lugar, se puede implementar entonces la asistencia por parte de enfermería de lunes a viernes.

Es en el año 2015 que los residentes notan mayor demanda por parte de la población y logran modificar la frecuencia de asistencia, concurriendo a partir de entonces una vez por semana, ritmo que se mantiene hasta la fecha.

Cómo es Villa Limay:

Villa Limay es una pequeña localidad ubicada a 40 km de la ciudad de Bariloche, a orillas de un transparente y caudaloso río que la acompaña en toda su extensión y que la separa de la ruta nacional.

Viven en este paraje 182 habitantes, de los cuales 80% vive en el denominado “casco urbano”, un área de aproximadamente 8 hectáreas, y el 20% restante vive en la zona rural, zona a la cual en período estival se hace muy difícil el acceso, por el estado de los caminos y las inclemencias del clima.

Sus actividades productivas, al igual que en la mayoría de los parajes de la zona están en manos de pequeños productores de ovejas, cabras, varios de ellos nucleados en cooperativa. En los últimos años se han desarrollado actividades vinculadas al turismo, como campings, cabalgatas, flotadas en el río, pesca, entre otras actividades.

El acceso vehicular a la villa queda limitado a una franja horaria, debido a que el mismo se logra a través de una balsa, la cual carga hasta dos vehículos por vez, transportándolos de una costa a la otra. El servicio de balsa es gratuito y se encuentra disponible de 8 a 18 hs, interrumpiéndose el acceso vehicular luego de dicho horario. Otro medio de acceso a la villa es el acceso peatonal desde la ruta, por medio de un puente colgante que atraviesa todo el ancho del río.

A partir de la visualización de la localidad y de la interiorización con respecto a la posta sanitaria y la residencia, queremos compartirles a los lectores cómo abordamos como equipo de salud una situación compleja de salud en un lugar de atención de **baja** complejidad y de limitado acceso.

Con el caso de Ramón, surge el interrogante:

Y todo debería empezar con aquel viejo axioma:

«curar a veces, aliviar frecuentemente, consolar siempre».

Ramón es un hombre de 68 años, rústico, “del campo”. Vivía solo en su casa, ubicada en la zona rural de la villa, entre las sierras. Se dedicaba a la cría de animales, y al arte de trabajar el cuero. Gran parte del día andaba a caballo, lo cual era su medio de movilidad.

Lo atendíamos de manera esporádica, en las ocasiones en que “bajaba” a la costa y se acercaba a la posta sanitaria. Era un hombre sano, que no presentaba antecedentes médicos relevantes.

En el mes de marzo del año 2015 sufre un trágico accidente en el campo al caer de su caballo, presentando, traumatismo raquímedular.

Como consecuencia, es trasladado de urgencia y atendido en el Hospital Zonal Dr Ramón Carrillo de la ciudad de Bariloche. Allí permanece internado, con diagnóstico de sección medular completa a nivel de T4, por un período de dos meses y medio (75 días). Durante la internación es intervenido quirúrgicamente para resección de fragmentos óseos y evoluciona con intercurrentes infecciosas y úlceras por decúbito.

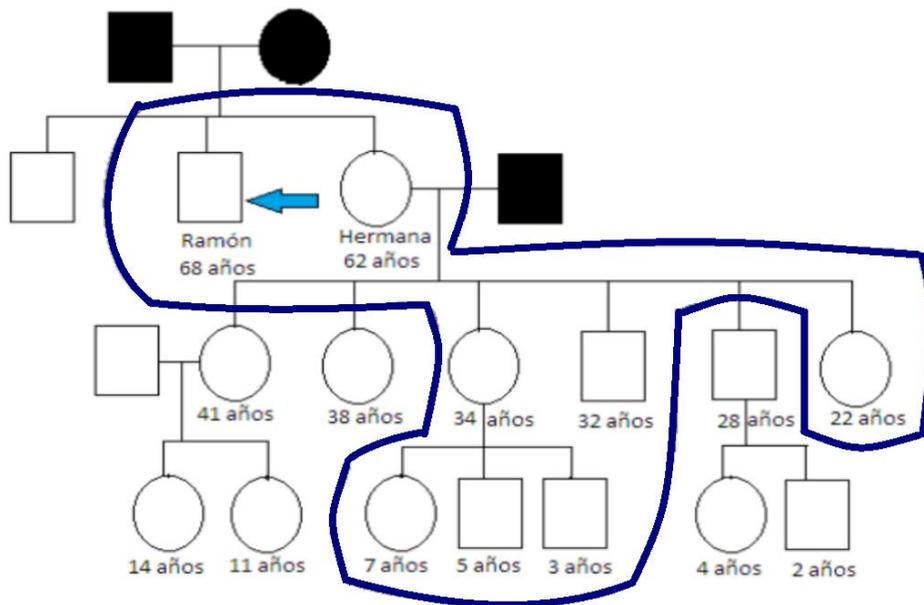
Mientras Ramón se encontraba aún internado, su hermana junto con sus hijos, sobrinos de Ramón, construyeron una habitación con un baño en el terreno de su casa para recibirlo allí al egreso del hospital; anticipándose de este modo a la situación compleja a la que se enfrentarían debido a su nueva condición, y a los cuidados constantes y necesidad de atención domiciliaria que la misma implica.

A finales de mayo, luego de una prolongada estadía, y habiendo conseguido, a través de su familia, los elementos ortopédicos necesarios para el domicilio, es dado de alta con diagnóstico de paraplejía.

A la salida del hospital, lejos de retomar su vida habitual, Ramón se encuentra con una realidad totalmente nueva, dando su historia un giro de 180 grados, y con él, movilizándolo a toda su familia. Ya no es más aquel hombre que cabalgaba solo en el campo. Su casa rural y su vida solitaria quedan atrás, para tener que adaptarse a una vida confinada a una cama, a una silla de ruedas, y a los cuidados amorosos de una familia numerosa. Su calidad de vida se ve afectada debido a la inmovilidad y pérdida total de la sensibilidad de sus miembros inferiores, incontinencia de esfínteres, dificultad y dependencia en la higiene, el vestido, el uso del baño, y la movilidad (la mayoría de las actividades de la vida diaria), presentando además, sondaje vesical permanente y úlceras por decúbito.

Genograma: Familia de Ramón

Situación de convivencia luego del egreso hospitalario hasta la fecha



Ni bien nos enteramos los integrantes del equipo de salud, de la salida de Ramón del hospital, nos acercamos a visitarlo.

Sabíamos que la presencia de una persona con una enfermedad crónica, o con una discapacidad, una situación de salud compleja en el hogar, repercute en todos y cada uno de los integrantes de la familia, provocando grandes cambios en el entorno afectivo, en sus roles y tareas para tratar de cubrir nuevas funciones y para compensar nuevas necesidades. Y éramos conscientes de que Ramón y su familia tendrían por delante un proceso difícil; proceso de salud – enfermedad – atención- cuidados que, como equipo de salud, queríamos acompañar y facilitar.

“Si nuestro objetivo es dar atención de calidad, la continuidad, integralidad y equidad en el acceso a la atención forman parte de los imperativos éticos. Y para que ello se verifique tenemos que pensar muy especialmente en dotar a la atención primaria de la salud y sus médicos de los instrumentos y recursos adecuados a su rol” (Jacob, G, 2014)

Y de la “crisis” que genera el interrogante, surgen los frutos de la planificación:

Siendo el único servicio de salud de la localidad, nuestro equipo de salud contaba con la presencia del agente sanitario en Villa Limay de lunes a viernes, y con asistencia médica y enfermería una vez a la semana.

Ramón, por su parte, debido a la condición de discapacidad, poseía cobertura por el Plan de Asistencia Médica Integral (PAMI), lo que no era un impedimento para que recibiera asistencia por parte de nuestro equipo.

Con el recurso humano y la disponibilidad con la que contábamos, luego de exponer el caso en reuniones de equipo, surgieron estrategias de abordaje y las siguientes premisas:

- Brindar una atención integral e individualizada, y realizando una evaluación multidimensional de las necesidades, teniendo presente la dimensión física, emocional, social y espiritual.
- Tomar como unidad de tratamiento a Ramón y su familia, su entorno significativo

En primer lugar consideramos que era sumamente importante garantizar la accesibilidad a la atención. Para esto nos organizamos para brindar una asistencia continua, que

sostuvimos por un período aproximado de tres a cuatro meses (de junio a septiembre del año 2015). El agente sanitario concurría dos o tres veces por semana, y los médicos junto con la enfermera lo hacíamos todos los jueves. Por otro lado, se les facilitó un teléfono de contacto de la residencia para que pudieran comunicarse con nosotros ante cualquier consulta o eventualidad, y se les habilitó la posibilidad de recurrir al agente sanitario cuando fuera necesario, debido a que es un habitante más de la localidad.

Considerando a la familia como un pilar básico en la provisión de cuidados a los enfermos, y sabiendo que su abordaje constituye un aspecto de gran importancia y que todas aquellas acciones a realizar bajo este encuadre apoyaran el logro de la autonomía de las personas con discapacidad (Cajal V, Castillo L, 2014); por lo cual nos propusimos atender especialmente a la familia de Ramón con el fin de que mediante el reconocimiento de sus herramientas y la detección de sus necesidades, pudiéramos favorecer de manera indirecta la calidad de atención.

La primera visita que realizamos al domicilio, sobrepasó grata y sorpresivamente nuestras expectativas, las cuales no eran malas, pero tampoco eran las mejores. Estamos hablando de una situación que a nosotros como residentes nos generó una “crisis”, nos llevó a replantear nuestras capacidades de asistencia, por lo que habíamos construido un prejuicio sobre el proceso de cuidado y su respuesta familiar.

Nos encontramos con una familia presente, colaboradora y organizada, y completa que se había encargado de cubrir las diferentes dimensiones de las necesidades de Ramón.

Los integrantes de la familia que se encargaban de los cuidados eran la hermana de Ramón y sus seis hijos, de los cuales tres vivían en el domicilio, dos en la localidad de Villa Limay, y la mayor en la ciudad de Bariloche. Se habían organizado admirablemente:

Su hermana se encargaba de las comidas. Le preguntaba qué tenía ganas de comer ese día, y cocinaba según el gusto de Ramón. Nos comentó que de ese modo su hermano tenía menos posibilidades de negarse a comer y ella así se aseguraba que se alimente.

La menor de las sobrinas era quien se encargaba de la limpieza y mantenimiento de la habitación y el baño. Al menos una vez al día debía realizar el aseo del lugar.

Los cinco sobrinos restantes, se repartieron en los 7 días de la semana y concurrían desde la mañana hasta la tarde, aproximadamente lo hacían en el horario de 8,30 a 18 hs, con el objeto de acompañarlo y brindarle diferentes cuidados. Para no olvidarse de nada, en un cuaderno de hojas rayadas, de tapa dura, escribieron lo que consideraron importante realizar todos los días y es así como registraron cada uno, en el día de su asistencia: hora de despertar, estado de ánimo (utilizando frases como: “el tío hoy se despertó triste, no quiere desayunar”, “hoy no quiere hablar”), temperatura, diuresis (cantidad de orina), cambio de pañales, catarsis, baño, curación de úlcera por decúbito (“Se le cambió la gasa a la escara sacra a las 14 hs y se le puso azúcar”), sueño.

Se trataba de una familia resolutiva, que ante el diagnóstico del tío se había anticipado y organizado y que contaba con una herramienta que nos maravilló: el cuaderno.

En nuestras consultas sucesivas, nos dedicamos a realizar control clínico, evaluar manejo de secreciones respiratorias, evolución de úlceras por decúbito, cambiar sonda vesical si correspondía, y fomentar el uso y movimiento de miembros superiores y la utilización de la silla de ruedas. También indagábamos acerca de la situación emocional y psicológica, pero sin poder obtener respuestas de Ramón. Siempre con el objetivo presente de detectar las necesidades de Ramón o su familia, tanto las que podían manifestar de manera explícita, como aquellas que nosotros podíamos percibir.

Es así que logramos conseguir “ruedas todo terreno” para la silla de ruedas, debido a que las ruedas comunes no eran útiles para el suelo del terreno, dificultando así el uso de la silla; e insumos como gasas, pañales, medicación. También colaboramos con los trámites de la pensión por discapacidad y ciertos trámites de la obra social, con la ayuda del trabajador social del servicio social del hospital, quien, además, amablemente acompañó a los familiares en la realización de dichos trámites. Consultamos al servicio de Urología, resolviendo inquietudes sobre la sonda vesical permanente, y buscamos asesoramiento en el servicio de Kinesiología y Rehabilitación del hospital para transmitir a la familia y enseñar a Ramón ejercicios de rehabilitación.

Debido a que en cada visita que realizábamos se encontraba en el domicilio una persona diferente a cargo de Ramón, y sumado al hecho de que comenzamos a notar

discrepancias en cuanto al conocimiento de la situación clínica y pronóstico evolutivo, y ante la necesidad de comenzar a cuidarlos a ellos, convocamos a una reunión familiar en el domicilio, la cual logra concretarse a finales de octubre.

En la misma, se contó con la presencia de dos médicos residentes, el agente sanitario, Ramón, su hermana, y sus seis sobrinos. La dinámica de la reunión familiar se planteó en dos momentos, cada uno con diferentes objetivos pautados previamente en el equipo.

El primer momento de la reunión se llevó a cabo en la habitación de Ramón, donde se conversó con él y su familia. Su finalidad fue saber cómo se encontraban, cómo se sentían con los cambios que habían vivido, y conocer la información con la que contaban sobre la enfermedad y sus expectativas sobre la situación, a fin de igualar y nivelar sus conocimientos, aclarar sus dudas, y para que toda la unidad de tratamiento, maneje la realidad con respecto a su evolución y pronóstico.

En el segundo momento los médicos nos dividimos. Uno de nosotros se quedó en la habitación para conversar a solas con Ramón y habilitar un espacio íntimo, donde pudiera manifestar sus emociones y sus necesidades, sin la escucha atenta de los familiares, debido a que hasta el momento no habíamos podido tener un encuentro sin la presencia de alguien más de la familia en la habitación. El resto del equipo, el agente sanitario en compañía del médico, se trasladó con la familia a la cocina de la casa para brindarles también un espacio en el que pudieran expresar libremente sus sentimientos, emociones, preocupaciones y angustias, sin la presencia de Ramón. El objetivo no era moverlos de la entereza que como familia demostraban, si no liberarlos de ese cargo, de ese lugar en que se habían ubicado, para que pudieran aceptar la oportunidad de ser cuidados. Como equipo sabíamos que el proceso de cuidar es complejo, que requiere conocimientos, habilidades y recursos, que conlleva modificaciones de hábitos, de horarios, cambio de roles, reajustes cognitivos, adaptaciones a la realidad diaria y una inversión de tiempo proporcional al nivel de dependencia de la persona a cuidar, la dificultad de los cuidados y la duración de la enfermedad, siendo entonces fundamental no descuidarlos a ellos. El fin último fue poder reflexionar juntos sobre las necesidades que presentaban o podrían presentar como cuidadores, haciendo especial hincapié en su hermana, quien había asumido el

rol de cuidador principal¹, con las repercusiones que esto tendría en la vida familiar y en la salud, no solo de Ramón, sino de ella misma.

La reunión familiar resultó una herramienta de abordaje sumamente enriquecedora para todas las partes, facilitó la comunicación, y habilitó el refuerzo de los vínculos, además de permitir ordenar las prioridades.

Una de ellas fue la necesidad de reclamar la presencia de PAMI en la atención domiciliaria. Hasta ese momento, la obra social sólo se había hecho cargo de suministrar elementos como la cama ortopédica articulada, el colchón antiescaras, la silla de ruedas, los pañales, guantes descartables y la medicación requerida, gracias a los trámites que realizó la mayor de las sobrinas, con el asesoramiento y la compañía de servicio social del hospital. Pero no había dado respuesta asistencial domiciliaria aún y era imperioso contar con enfermería (nuestra enfermera sólo iba a Villa Limay una vez a la semana), kinesiología para continuar con los ejercicios de rehabilitación, y médico de cabecera (si bien nosotros asistíamos semanalmente, y con una vez a la semana se podían cubrir las necesidades de atención médica, nuestro ritmo era rotativo, por lo que era dificultoso mantener una continuidad y construir una relación médico- paciente- familia; PAMI, por su lado, trabaja con médicos de cabecera, teniendo que pasar por él todas las solicitudes y conductas, pero con la ventaja de la continuidad en la asistencia).

Allí tuvimos una gran dificultad que sortear. La obra social del paciente articula con la gestión pública y viceversa de forma artesanal. No posee infraestructura en Villa Limay y tampoco posee un referente asignado al área. Por lo que no fue fácil acceder a su cobertura. Demandó el reclamo de derechos por parte de la familia, de la mano del trabajador social del hospital, y agobiantes trámites, hasta que finalmente se consigue articular entre ambos sectores prestadores de salud (público y obra social) para evaluar la situación de Ramón y sus necesidades. Sin embargo, luego de concretado el vínculo para la articulación intersectorial, surge un nuevo obstáculo; el hecho de que esta obra social cuenta, en su gran mayoría, con prestadores de servicios tercerizados que responden al área de influencia de la ciudad de

¹ Según La OMS, el cuidador principal es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

Bariloche, siendo por este motivo negada en primera instancia la cobertura de atención en domicilio en una localidad tan alejada de la ciudad, hasta que pudieron contar con personal que accediera ir a la villa, comunicando a la familia la aprobación de la visita en domicilio de un equipo rehabilitador en el mes de septiembre. Por último, pero no por ello menos importante, por tratarse de una obra social nacional, ciertas decisiones requieren pasos administrativos/burocráticos más prolongados, lo que resultó en una demora aún mayor en la recepción de las prestaciones requeridas, demora que finalizó recién en enero del corriente año.

Hoy, Ramón y su familia se encuentran acompañados por el equipo de la obra social, y por nosotros.

A través de la obra social recibe atención por enfermería una vez al día de lunes a viernes, control médico una o dos veces por semana (según necesidad), y asistencia por un kinesiólogo cada 10 días.

Nuestro rol se centra, por un lado, en sostener la disponibilidad de atención en la posta sanitaria y en la villa según la demanda, gracias a la presencia del agente sanitario, mantener un teléfono de contacto y el nombramiento de un referente del equipo al cual la familia pueda recurrir, con el objetivo de garantizar el acceso a nuestro sistema de salud. Y por otro lado, en preponderar el acompañamiento continuo durante el dinámico proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado de Ramón y su familia, a través de las visitas cada 15 días o cada mes.

Sujetos participantes

- Integrantes del equipo de salud de Villa Limay:
 - Médicos de 1º a 4º año de la Residencia de Medicina General de la sede de San Carlos de Bariloche de la provincia de Río Negro. Residentes a cargo de la gestión, organización y asistencia de la posta sanitaria, con asistencia semanal y de manera rotativa, a la posta.
 - Agente sanitario. Lugareño de la villa, padre de familia y parte del equipo de la posta sanitaria desde el año 1988

- Enfermera, coordinada por el Departamento de Enfermería del Hospital Zonal Bariloche, quien asistía semanalmente junto con los residentes a la atención a Villa Limay
 - Trabajador social integrante del equipo de Servicio Social del Hospital Zonal Bariloche, a cargo del área correspondiente a Villa Limay
 - Unidad de tratamiento:
 - Ramón, el “protagonista” de esta situación de salud compleja, con paraplejía como secuela de un accidente. Hombre rústico, de campo, de 68 años de edad.
 - Familia de Ramón (entorno significativo): compuesta por su hermana, de 62 años de edad, quien asume el rol de cuidador principal, y por sus seis hijos (sobrinos de Ramón) y siete nietos. Familia que se caracteriza por ser colaboradora, organizadora y resolutive.
- Convivientes: su hermana, tres sobrinos (dos mujeres de 34 y 22 años y un varón de 32 años) y tres niños pequeños de 7, 5 y 3 años de edad.

Encuadre institucional:

Deseamos compartir el perfil del médico especialista en medicina general al que aspira la formación de la residencia de medicina general de la provincia de Río Negro.

El mismo refiere que el médico especialista en Medicina General, forma parte de un equipo interdisciplinario, aborda a los sujetos de manera integral y personalizada, teniendo en cuenta su entorno social y cultural, con capacidad para comprender diferentes realidades socio sanitarias. Este especialista trabaja en el seno de la comunidad asumiendo la tarea de promover y proteger la salud individual y comunitaria, y el efectivo cumplimiento de su derecho a la misma, prevenir las enfermedades endémicas y prevalentes, diagnosticar y tratar a los individuos y grupos de la comunidad que se enferman, organizar y referenciar su paso a través del sistema de salud en el caso de que sea necesaria mayor complejidad, y coordinar y conducir equipos de salud y efectores de salud. El rol del Médico Generalista se asienta en un enfoque preventivo integral de la salud, haciendo centro de su accionar la salud y no la enfermedad, el reconocimiento de factores socio- económicos, culturales y políticos que inciden en el proceso

salud- enfermedad, el respeto por distintos tipos de conocimientos, el trabajo interdisciplinario, la promoción de la participación comunitaria en las acciones de cuidado y atención de la salud.

Conforme a las definiciones antes explicitadas, y de las funciones asignadas al médico general, que definen el perfil de Médico Generalista postulado, a través de la residencia se espera promover el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que habiliten a sus egresados en la práctica efectiva de esas funciones, coherentes con el perfil profesional requerido. Se espera que en el ámbito de la residencia se logre:

- Formar Médicos Generalistas sólidos científicamente, sensibles y comprometidos profesionalmente, capaces de analizar y resolver problemáticas generales de salud en el ámbito comunitario, familiar e individual, y de reorientar su resolución en los casos en que sea necesario.
- Fortalecer durante su desarrollo los ejes conceptuales- metodológicos referidos a las clínicas básicas, herramientas epidemiológicas, administrativas, y de gestión y coordinación en las que deba desempeñarse.
- Promover la adopción del trabajo interdisciplinario como modalidad básica de su quehacer.
- Fomentar el trabajo en Equipos de salud, evaluando sus virtudes y dificultades.
- Desarrollar en los Residentes:
 - Habilidades para planificar, ejecutar y evaluar programas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según los programas locales, regionales, provinciales y nacionales.
 - Capacidades para desarrollar investigaciones en servicio, tanto en lo asistencial como en lo sociocultural, en las áreas de su competencia, en torno a las prácticas concretas de las mismas.
 - Habilidades de intervención en la utilización de los recursos y con tecnología apropiada en el ámbito en el que se desempeñe como Médico Generalista.
 - Valoración de la importancia de la capacitación continua y la educación permanente en servicio.

- Concepción de la actividad del Médico Generalista y las implicancias ideológicas e instrumentales de la construcción participativa del primer nivel de atención.
- Consolidar el desarrollo del Plan de Estudios, tendiendo a su permanente revisión y jerarquización en lo cognoscitivo, metodológico y organizativo.

La formación de la residencia tiene lugar en la infraestructura del sistema de salud público provincial. La provincia de Río Negro cuenta con un solo hospital provincial por localidad, no cuenta con hospitales municipales ni nacionales.

Se encuentra dividida en 34 hospitales (Áreas Programáticas) de los cuales, 28 son hospitales con internación. Existen, además 136 puestos sanitarios y 49 parajes con atención programada.

En la localidad Villa Limay el sistema de salud sólo se hace presente mediante la posta sanitaria gestionada por la residencia de medicina general de Bariloche.

Si bien muchos de sus habitantes cuentan con obra social, la gran mayoría de ellos decide ser atendido en dicho lugar.

El establecimiento de salud de Villa Limay pertenece al nivel I-A de la categorización, diseñado para zonas rurales de población dispersa. Tiene dependencia directa del responsable de las Actividades Programadas para el Área del establecimiento de referencia correspondiente, estando éste a cargo de la asignación y supervisión periódica de las actividades

Se caracteriza por brindar atención periódica y programada

Cuenta con un plantel básico de Enfermería y/o Agente Sanitario y/o de Enfermería permanente con visita periódica de Médico Generalista, Odontólogo y otros integrantes del equipo de salud.

Se coordinará con la autoridad local (municipio o comisionado de fomento), la asistencia para tareas de limpieza y/o mantenimiento del lugar

Marco teórico:

Nos resulta importante mencionar algunos conceptos:

Teoría del aprendizaje experimental de David Kolb:

David Kolb ha sido un defensor y colaborador de un cambio de perspectiva, desde hace más de cuarenta años, de investigación basada en la teoría del aprendizaje experimental (TAE)

La TAE se basa en el trabajo de destacados estudiosos del siglo XX, en especial John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget, William James, Carl Jung, Paulo Freire, Carl Rogers y otros, para desarrollar un modelo dinámico, integral del proceso de aprendizaje desde la experiencia y un modelo multi-lineal del desarrollo del adulto. Se trata de una visión dinámica basada en un ciclo de aprendizaje impulsado por la resolución de la dialéctica doble de acción-reflexión y experiencia-abstracción. Es una teoría integral que define el aprendizaje como el principal proceso de adaptación humana que implica a toda la persona

Seis proposiciones de la teoría del aprendizaje experimental

1. *El aprendizaje se concibe mejor como un proceso, no en términos de resultados.* “La educación debe ser concebida como una reconstrucción continua de la experiencia: El proceso y la meta de la educación son una y la misma cosa”⁸.

2. *Todo aprendizaje es re-aprendizaje.* El aprendizaje es mejor facilitado por un proceso que extrae las creencias y las ideas de los educandos sobre un tema para que puedan ser examinados, probados e integrados con nuevas ideas, más refinadas.

3. *El aprendizaje requiere la resolución de conflictos* entre los modos dialécticamente opuestos de adaptación al mundo. El conflicto, las diferencias y desacuerdos impulsan el proceso de aprendizaje. En el proceso de aprender, uno está llamado a avanzar y retroceder entre los modos de reflexión y acción, y el sentimiento de oposición y el pensamiento.

4. *El aprendizaje es un proceso holístico de la adaptación.* No es solo el resultado de la cognición, sino que implica el funcionamiento integral de la persona-pensamiento total, el sentir, percibir y actuar. Abarca otros modelos especializados de adaptación del método científico para la resolución de problemas, toma de decisiones y la creatividad.

5. *Aprender es resultado de las operaciones de sinergia entre la persona y el medio ambiente.* Patrones estables y perdurables de aprendizaje humano surgen de patrones consistentes de transacción entre el individuo y su entorno que le rodea. La forma en que procesamos las posibilidades de cada nueva experiencia determina la gama de opciones y

decisiones que vemos y determinan los acontecimientos que vivimos, y estos eventos influyen en nuestras decisiones futuras.

6. El aprendizaje es el proceso de creación de conocimiento.

La TAE define el aprendizaje como “el proceso por el cual se crea el conocimiento a través de la transformación de la experiencia. El conocimiento es el resultado de la combinación de captar y transformar la experiencia”

Metodología aplicada

- Entrevistas/Consultas a referents locales de salud pública
- Relevamiento de Historia Clínica
- Recolección de historias, relatos, experiencias y sensaciones de los participantes activos.
- Interconsultas a los servicios del Hospital Zonal Bariloche: urología, servicio social, kinesiología.

Conclusiones:

Luego de esta experiencia concluimos que el modelo de aprendizaje basado en la experiencia comprende una de las grandes fortalezas de la residencia de Medicina General de Bariloche, que permite al “educando”, nosotros, los residentes, desarrollar las aptitudes integrando los conocimientos teóricos en el campo de acción y que es posible, y altamente redituable la “organización” de atención en pacientes con situaciones complejas de salud en contexto, en domicilio y desde el marco de la atención primaria de la salud, y garantizando sus derechos.

Por lo cual, ante la pregunta inicial, ese gran interrogante que nos generó la “crisis” y nos vinculó con la experiencia de la “acción” y el aprendizaje, hoy podemos responder con un “sí”. Sí contamos con las herramientas necesarias para abordar un caso de salud enfermedad complejo, porque las herramientas no se obtienen primero, y luego se “sabe” utilizarlas, a las herramientas las vamos adquiriendo en la experiencia, en el desafío de la práctica y ante el conflicto que nos impulsa a, de manera dinámica, transitar el proceso de aprendizaje.

++

“CRECIENDO DESDE LA GESTION, APRENDIENDO EN EL ABORDAJE”
STERLI; NICOLAO.

Bibliografía

Beillerot, J. (2006). La formación de formadores: entre la teoría y la práctica: educación general, pedagogía de la enseñanza, métodos de evaluación. (C. F. Formadores, Ed.) *Novedades Educativas* .

Cajal V, Castillo L. (2014). Familia y Discapacidad. *El abordaje de la Discapacidad dentro de la Atención Primaria de la Salud* , 162 - 171. (N. C. Armando Vazquez Barrios, Ed.) Buenos Aires, Argentina: OPS.

Dorado M. (2014). Rehabilitación del movimiento. *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud* . (N. C. Armando Vazquez Barrios, Ed.) Buenos Aires, Argentina: OPS.

Ministerio de Salud de Río Negro. (2014). Programa de Residencia de Medicina General. Río Negro, Argentina.

Tripodoro V, De Simone G. (2015). Nuevos Paradigmas en la Educación Universitaria. *Medicina* , 75 (2), 113 - 118.