

DOCUMENTOS SEMFYC

El medio rural: una visión mirando al futuro (I)

Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC*

**Coordinador: R. Alonso Roca. Integrantes: C. Bertral López, B. Galán Sánchez, L. García Burriel, A. Fajardo Alcántara, P. Martín-Carrillo Domínguez, D. Medina Bombardo, S. Ornia Rodríguez, M. Reguant Fosas y P. Vela Condón. Compiladoras del documento: A. Fajardo Alcántara y P. Martín-Carrillo-Domínguez.*

Palabras clave: Antiinflamatorios no esteroides; Prescripción farmacológica; Radiología; Tobillo; Traumatismos; Utilización medicamentos.

Introducción

El medio rural ha sido clásicamente definido en función del número de habitantes, obviando sus características socioculturales. Este medio es mucho más heterogéneo que el urbano, con una gran disparidad entre núcleos aislados de pocos habitantes y poblaciones cercanas a la ciudad. La progresiva industrialización y la mejora de la comunicación entre ambos ámbitos han creado un espacio común más amplio para todos. Pese a ello, las diferencias persisten en detrimento del medio rural. Estos desequilibrios se reflejan también en la atención sanitaria, a pesar de las mejoras introducidas por la reforma. El trabajo del médico rural ha sido tradicionalmente visto –y en ocasiones se sigue viendo– como una opción profesional de segundo rango, pero pensamos que es simplemente diferente al del urbano.

El objetivo de este documento es aportar reflexiones sobre las especificidades del medio rural, sus ventajas, inconvenientes y cómo podemos afrontar los retos del futuro. Los miembros de este grupo estamos convencidos de que, potenciando las ventajas y minimizando sus deficiencias, podemos conseguir convertir nuestro trabajo en una opción deseable para los futuros médicos de familia. El progreso de la tecnología puede facilitar la intercomunicación y el desarrollo de una medicina de mejor calidad.

Creemos que el medio rural ofrece al médico de familia mayores posibilidades de practicar una verdadera medicina de cabecera, integral e integrada. Razones para convencer las encontraréis en este documento. Esperamos y deseamos que éste sea el

inicio de un largo camino por recorrer de los profesionales sanitarios rurales hacia su pleno reconocimiento. Es el reto al que invitamos a todos.

El medio rural: aspectos demográficos, geográficos y socioculturales

Características sociales y culturales de la población rural

En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) define como hábitat rural a aquellas zonas donde los municipios poseen una población inferior a 2.000 habitantes; como semiurbano o semirural, entre 2.000 y 10.000 habitantes, y como urbano a los municipios con más de 10.000 habitantes. En el Servicio Nacional de Salud, sin embargo, para definir centros rurales se añaden otros criterios como la dispersión geográfica, es decir, la distancia desde los diferentes núcleos que pertenecen al centro de salud hasta el municipio de cabecera. En estos centros pueden coexistir núcleos rurales con otros semiurbanos. El hábitat rural mantiene su importancia en España, sobre todo en torno a las áreas de montaña. En Galicia, la mayor parte del antiguo reino de León y en buena parte de los sistemas central e ibérico (Ávila, Segovia y Teruel), más de la mitad de la población vive en este medio. El litoral Cantábrico, Palencia, Burgos, Salamanca, Cáceres, Soria, Guadalajara, Cuenca y el Pirineo (Huesca y Lérida) tienen más de la tercera parte de población rural. Por último, con al menos la quinta parte de población rural, se encuentran Albacete, Granada, Murcia, Almería, Navarra, Gerona, La Rioja y el archipiélago Canario.

En este artículo se hará un repaso de la evolución demográfica en los últi-

mos 50 años en los núcleos rurales, que contribuirá a comprender las características de la población rural con la que trabajamos en la actualidad.

Evolución de la población rural en España

Las características fundamentales que definen la pasada evolución del mundo rural son el éxodo y la desagrarización. La primera comporta la despoblación y el envejecimiento. La industrialización y la internacionalización de los mercados agrarios llevaron a la segunda. La desagrarización provocó bien la especialización de una región en unos productos, bien el abandono de la actividad y por tanto el empobrecimiento.

La emigración caracterizó los fenómenos demográficos en el hábitat rural ya desde siglos pasados, en que la mayor parte de los emigrantes transatlánticos pertenecían a sociedades rurales. Las prácticas sucesorias tendían a mantener la unidad de explotación agraria obligando a emigrar a los que la herencia separaba de la actividad.

A fines de siglo XIX y comienzos del XX, la fuerte industrialización produjo una sangría humana de los pueblos a las ciudades. La Guerra Civil detuvo este proceso, con una leve reagrarización, pero posteriormente el bajo nivel de industrialización español cambió la dirección de la emigración, que se dirigió a las aglomeraciones metropolitanas europeas. Es entre 1955 y 1965, en un nuevo proceso de industrialización, cuando el despoblamiento rural alcanza su máxima intensidad. Además, la población emigrante es activa y joven, y corresponden a una generación ya de por sí escasa (los nacidos en el período 1935-1940) con predominio del sexo femenino, lo que conlleva fuertes desequilibrios en la población rural,

envejecida y con una fuerte merma de la capacidad de relevo generacional. Así, a comienzos de la década de los ochenta, el panorama es desolador, con un crecimiento vegetativo negativo.

Sin embargo, en ese momento se produce una evidente ralentización del flujo migratorio del campo a la ciudad, que viene dado, por una parte, por el agotamiento de la mano de obra rural, pero sobre todo por la perdida de atractivo de la ciudad, con altos índices de paro. En este contexto (pueblos vacíos y ciudades saturadas) se produce un movimiento inverso, con el retorno de antiguos residentes (jubilados o prejubilados con lazos familiares o pequeñas propiedades) y la creciente atracción del medio rural sobre nuevos grupos sociales. Estos colectivos tienen gran interés, ya que son habitantes procedentes de las ciudades que buscan mayor calidad de vida y generan nuevos núcleos (urbanizaciones). En este proceso de descentralización, primero se pueblan las franjas suburbanas con mejores vías de comunicación, pero más adelante la disponibilidad de medios de transporte y la mayor flexibilidad laboral de las clases medias altas permiten a éstas acceder a lugares más lejanos. Se trata, por tanto, de personas con mayor nivel cultural y económico, dependientes de las áreas metropolitanas, en contraste con la población nativa, envejecida, con menores ingresos y más arraigados al lugar. La convivencia entre estos grupos no está exenta de conflictividad, puesto que su llegada puede encarecer el coste de la vida y puede afectar la cohesión social.

El descenso de la actividad agraria es contrarrestado por el aumento de su uso turístico y residencial, salvo en los lugares favorecidos por la industrialización. En éstos la creciente demanda de servicios hace que pierdan el concepto de ruralidad para convertirse en agrociudades (Mediterráneo, Andalucía, Valle del Ebro). Los nativos deben buscar alternativas al empleo agrario, trabajando gran parte de ellos fuera de su municipio o realizando el trabajo en casa, sobre todo el colectivo femenino. En las zonas rurales más alejadas, estos desplazamientos tienen carácter temporal, de largo recorrido (a centros turísticos, recolecciones, etc.). La explotación agraria es más un ingreso complementario al del trabajo principal.

El mundo rural se presenta en los noventa como un mundo fragmentado y heterogéneo. La ruptura de la relación entre ruralidad y agricultura, la diversificación de actividades y la sustitución del concepto urbano de lo rural como lugar de atraso por calidad de vida, ofrece un mundo de fuertes contrastes que ha perdido su unicidad e independencia.

Características de la población rural

Existen una serie de características sociales y culturales que definen la población rural con mayor o menor grado de «ruralidad», no siempre dependiendo del tamaño de los municipios. El progreso en los medios y vías de comunicación ha disminuido el aislamiento social y cultural de estas poblaciones, que las dotaba en el pasado de una clara homogeneidad que ya no existe. Algunas de estas características se intentarán definir a continuación, fundamentalmente en lo que respecta a la influencia que pueden tener en el trabajo del personal sanitario de atención primaria en el medio rural.

Delimitación geográfica. En el medio rural la población se sitúa, con mayor o menor dispersión, en un marco geográfico bien delimitado, lo que hace más fácil al profesional conocer su población diana y su problemática.

Condiciones de vida. Existen cada vez menos diferencias con los núcleos urbanos. Hoy día es difícil encontrar carencias de agua potable, luz eléctrica, pavimentación, alcantarillado o buenas comunicaciones (teléfono, carreteras). Las necesidades económicas son más limitadas que en los núcleos urbanos, aunque en general, y por lo que ya se ha comentado, en las últimas décadas se ha producido un empobrecimiento de los habitantes de los núcleos rurales.

Integración de la actividad laboral y social en el entorno del pueblo. La población rural tradicional desarrolla casi toda su actividad laboral en el pueblo, con una economía cerrada, generalmente agrícola/ganadera, o bien otro tipo de trabajos en la propia casa. Esto no siempre es así pues, como se ha comentado, muchas veces los habitantes rurales tienen que buscar su sustento fuera de su municipio, y además en los núcleos rura-

les más próximos a los urbanos se asiste a un aumento de población trasladada desde éstos en busca de tranquilidad y calidad de vida, con una dependencia social y laboral de las grandes urbes.

Estacionalidad. Existe una gran proporción de segundas residencias en el hábitat rural español, salvo en el norte y noroeste, donde el rural es el hábitat predominante, lo que produce un fuerte aumento de población en primavera y verano. El carácter de ocio y recreo que van adquiriendo los núcleos rurales atrae a personas procedentes de la gran ciudad que demandan los mismos servicios que tienen en ésta, lo que provoca no pocos quebraderos de cabeza al médico rural, sobre todo en zonas turísticas por los visitantes y trabajadores temporales.

Sociología rudimentaria. Aislamiento, intimidad familiar, ritmo vital parsimonioso, comunidad con la naturaleza, que conlleva un mayor conocimiento y fuerte interrelación entre las personas y familias del propio pueblo y, por ende, el auge del «comadrejo» y la transmisión rápida de sucesos y opiniones, a veces deformados, incluyendo los ocurridos en el interior de la consulta. Esto obliga en algunos casos a desarrollar estrategias de confidencialidad llegando incluso a ser necesario dispensar los cuidados sanitarios oportunos fuera de su localidad. Esta autarquía social típica de las comunidades rurales también será atacada por la llegada de los nuevos residentes provenientes de los núcleos urbanos.

Características culturales. Puede todavía observarse en el medio rural un sistema de creencias de salud con características especiales. Aún se conserva el modelo de familia extensa, con un sistema de cuidados de salud que la implica más, con la figura femenina responsable del cuidado de la casa y las personas que en ella habitan, y por tanto constituye un recurso en el cuidado de las personas mayores y enfermas. El anciano válido permanece durante mayor tiempo en su domicilio, y esto es así porque existe una red social y familiar más fuerte y por el mayor arraigo a su entorno habitual. Raramente requieren ayudas institucionales. Asimismo, las mayores relaciones interpersonales entre las familias proporcionaban

con frecuencia ayuda suplementaria. El enfermo terminal y sus familias demandan aquí generalmente la permanencia en el domicilio, y se aprecia la idea de «morir en casa», al contrario que en el medio urbano, donde hay una mayor presión al ingreso. Sin embargo, la despoblación de las comunidades rurales, más pequeñas por la emigración de los jóvenes, ha hecho que las personas ancianas queden en cierto modo desamparadas ante un problema de salud y sean necesarios trasladados a los domicilios urbanos de los hijos, con todos los problemas que ello conlleva, tanto a las familias como a los ancianos. La población rural se preocupa más por lo que tiene que hacer para encontrarse mejor y por el pronóstico de su enfermedad. Parece que el ciudadano urbano se pregunta más por la causa de su enfermedad y qué tiene que hacer para evitarla. Creemos que este diferente planteamiento nace más bien del sentido práctico que caracteriza a personas en permanente contacto con los caprichos de la naturaleza. De estos modos de pensar se deriva, a su vez, otra peculariedad en la demanda de la población rural: su resistencia a practicar actividades preventivas y su refractariedad a considerarse sujetos activos en su propia salud. Tanto más si ello exige someterse a ciertos sacrificios o pruebas y desplazamientos molestos, y ocurre de forma más acentuada entre los mayores. La aceptación de la enfermedad como un mal natural extrínseco conduce de una parte a una rebeldía en el cumplimiento de las medidas terapéuticas, particularmente aquellas que, como decimos, exigen una actitud activa y las que no tienen un efecto positivo inmediato sobre la enfermedad, y de otra a la indiferencia frente a patologías que para muchos no son tales, como la pérdida de agudeza visual y auditiva con la edad, la demencia, el temblor, la impotencia o la obesidad. Existe una tendencia muy acusada a culpar a agentes externos de sus molestias (la tensión arterial o el azúcar) y paralelamente a buscar remedios externos que los combatan.

En definitiva, podríamos decir que la población rural adopta una actitud más pasiva ante la enfermedad y exige una medicina más práctica y menos intervencionista y agresiva que sus conciudadanos urbanos. La comprensión de estas diferencias nos facilita poder entender que la figura

del médico paternalista y con autoridad haya prendido con tanta fuerza en el medio rural, tendencia que en nuestra opinión ha destrozado los muros de un rico sistema de autocuidados, cuya recuperación es uno de los desafíos más importantes de la medicina rural actual.

Relación médico/población. Las características citadas anteriormente dan lugar a unas relaciones entre el médico rural y la población en cierto modo diferentes a las que se establecen en el medio urbano, que es mucho más individual (médico-paciente). En el hábitat rural generalmente el médico lo es de todo el pueblo, y sus actos probablemente serán objeto de observación y comentario. Pero asimismo, el profesional, dado su mayor conocimiento de la comunidad, puede intervenir con mayor eficacia en el ámbito comunitario. Además, la población rural tradicional suele presentar mayor nivel de confianza y seguimiento de las recomendaciones de su médico de cabecera que en los núcleos urbanos. Estos aspectos serán desarrollados en el apartado «Diferencias en el ejercicio de la medicina rural».

Relación directa con las instituciones públicas o privadas de la población. La relación con alcaldes, corporaciones locales, etc. es más directa y personal en los núcleos rurales, lo cual puede ser una ventaja o un inconveniente. La movilización de recursos ajenos a los sanitarios es más fácil. Sin embargo, los profesionales sanitarios pueden sufrir mayor presión para mantener su independencia (confidencialidad, igualdad...). En resumen, las características socioculturales tradicionales propias de la población rural cambian a medida que se produce la llegada de nuevos habitantes provenientes de núcleos y la mejora de los transportes y medios de comunicación.

Trabajo del médico en el medio rural

Funciones históricas del médico rural

A lo largo de la historia de la medicina han evolucionado los modos de curar, pero los grandes avances y los médicos de renombre no se encuentran en los pueblos precisamente, si-

no en los grandes núcleos de población. Es posible que gran parte de los médicos actuales que trabajan en las zonas rurales no conozcan la historia de sus antecesores, y por ello es bueno que comencemos por investigar un poco de la misma.

En líneas generales, podemos decir que tradicionalmente el médico rural ha sido sinónimo de médico titular y que, a pesar de la enorme importancia de su función, ha sido desconsiderado por la Administración, quien se ha aprovechado siempre de su aislamiento y de la falta de apoyos de otros compañeros. Han pasado muchas generaciones, y la figura del médico rural se ha ido transformando y adaptando a los tiempos.

A pesar de que en ocasiones haya sido menospreciado, parece claro que por mucho que cambien los sistemas de salud el médico rural siempre será imprescindible.

La figura del médico titular comienza a conocerse a mediados del siglo XIII, cuando Alfonso X El Sabio promulga su Fueno Real. En el título 16 de la Ley 1 se establece que «ningún home obre de Física si no fuere antes aprobado por buen Físico por los Físicos de la Villa do hubiere de obrar e por otorgamiento de los alcaldes». Vemos claramente que hay una dependencia total de la autoridad local que le confería el título, de ahí lo de titular.

Posteriormente, el destino de los médicos rurales no sólo estuvo en manos de los alcaldes, sino también de los vecinos, quienes incluso establecían la duración y renovación de los contratos si la Junta de Veintena reconocía el mérito y buen comportamiento de los mismos.

La historia de la sanidad pública en España se puede dividir en varias etapas:

- Una primera etapa, hasta mediados del siglo pasado, en que no está institucionalizada la salud pública. No quiere esto decir que las Administraciones públicas no se preocuparan del cuidado de la salud, sino que no existía un corpus jurídico orgánico que se dedicara a prestar servicios permanentes de salud pública. En este período un Reglamento de las Academias de Medicina y Cirugía (1830) establece que la elección de los médicos rurales se haga mediante oposición, e incluso su separación no se pueda hacer si no es por una causa probada y previa au-

dienzia a la Academia del distrito. El 15 de enero de 1831 se reglamenta el Cuerpo de Médicos Titulares. El médico titular debería ser «uno de los que designe en una terna, mi Real Junta Superior, formada de los más dignos y meritorios entre todos los aspirantes, cuyos memoriales...». Vemos cómo hay interés en que los escogidos sean los más expertos y sobre todo que fuesen médicos con título. Hasta entonces, como hemos dicho, sus funciones habían sido desempeñadas por los facultativos nombrados por los ayuntamientos para la asistencia de los enfermos pobres (beneficencia municipal o asistencia pública domiciliaria) y cumplimiento de los demás servicios sanitarios en la localidad respectiva (policía sanitaria e higiene y sanidad públicas). Posteriormente una Real Orden de 21 de marzo de 1846 da más libertad a los ayuntamientos para el nombramiento de médicos titulares, previo permiso del jefe político provincial. El Real Decreto del 5 de abril de 1854 determinó la clase de facultativos (médicos, farmacéuticos y cirujanos) que debería haber en cada pueblo según las circunstancias de éstos, determinando así mismo sus haberes. No estuvo libre el médico rural de la influencia de los caciques del pueblo ni de la autoridad municipal que en ocasiones le han exigido realizar actos médicos innecesarios, absurdos y humillantes, impuestos por los alcaldes en su condición de presidentes de la sanidad local. Como botón de muestra de este descrédito transcribimos a continuación un significativo párrafo de un manifiesto que publicaron los médicos titulares en 1835: «Cumplió el año y sale a cobrar; quien le manda esperar con intención de no pagar, cual le echa en cara que no merece el corto estipendio, porque salió dejando al enfermo o porque se retrasó en la visita, otro que le pagará en leña, aquél le enviará garbanzos, y el rico ceñudo, mirándole con desdén le negará el pago, porque oyó toser con poca atención al niño que se le acatarró o se le olvidó mirar la orina. Si el rico se descontenta, influye para que vaya otro médico, ofreciéndole y engañándole otra vez, alimentando la rivalidad entre los dos; el pueblo entero la fomenta para robarles sus honorarios y eludir el pago, este se divide en bandos, y cuando salen por las calles a enganchar igualados, se

oyen indecorosas voces de quien quiere médico bueno y barato.»

– La segunda etapa se inicia con la promulgación de la primera Ley Orgánica de Sanidad, el 28 de noviembre de 1855. En ella se insta a los ayuntamientos a contratar médicos titulares con el consentimiento y concurso de los vecinos, y se exige responsabilidad si a causa de no disponer de médico titular falleciese algún indigente sin asistencia facultativa. Esta ley tiene otros puntos importantes como la creación de beneficencia domiciliaria, a cargo de los ayuntamientos, con la responsabilidad de crear las plazas de personal sanitario encargado de dicha asistencia y la asignación al personal facultativo anterior de la función de asesoramiento científico a los ayuntamientos. Se hace, por tanto, un contrato entre ayuntamiento y facultativo en el que se especifican las obligaciones y derechos de las partes, así como el listado de familias pobres beneficiarias de asistencia y la asignación anual que percibiría el médico titular. La citada Ley se desarrolla posteriormente mediante las Reales Ordenes de 22 de junio de 1859 y 23 de abril de 1862. El 14 de junio de 1891 se aprueba un Reglamento que organiza el servicio benéfico-sanitario de los pueblos de esta manera: «Existirán en todas las poblaciones que no excedan de 4.000 habitantes médicos titulares, que tengan el título de licenciado o doctor en medicina. Son deberes de estos facultativos, además de la asistencia gratuita a las familias pobres, la vacunación y asistencia a los nacimientos y abortos que ocurrían en el domicilio de éstas o en cualquier asilo municipal; prestar los servicios sanitarios de interés general, dentro del término jurisdiccional; auxiliar con sus conocimientos científicos, dentro de su demarcación, a las corporaciones municipales...; comprobar y certificar gratuitamente las defunciones, auxiliar a la administración de justicia y prestar en casos de urgencia... aquellos servicios que por el gobernador de la provincia se les encargasen en los pueblos cercanos al de su residencia.» La Real Orden de 13 de mayo de 1902 declara incompatibles los cargos de médico titular y forense; esta incompatibilidad se aclara mediante otra Real Orden de 5 de junio de 1903, por la que se permite que se pueda servir gratuitamente del médico titular en caso de no disponer de

forense. El 12 de enero de 1904 se promulga el Decreto que aprueba la Instrucción General de Sanidad que actualiza y recoge nuevas concepciones y realidades sanitarias.

Se determina que, para el servicio de asistencia a los enfermos pobres, todos los ayuntamientos dispondrían de un médico titular al menos por cada 300 familias indigentes, y que estos médicos contratarían sus servicios en la forma ordenada en el reglamento de 1891; para ingresar en este estamento sería necesario haber estado al menos 4 años en la plaza o bien 6 años en varias, ser doctor o licenciado en medicina y haber obtenido el diploma de aptitud especial mediante oposición. Aunque la creación del cuerpo de médicos titulares tuvo lugar en 1831, como hemos visto, su Reglamento no alcanza rango de Decreto hasta el 11 de octubre de 1904. En mayo de 1911 se presenta en las Cortes un proyecto de Ley de Bases para la organización de los servicios de sanidad, que no pasa el trámite parlamentario y, por consiguiente, no es aprobado. Ante las crecientes necesidades de salud pública, se dictan los Reglamentos de Sanidad Local y Sanidad Provincial, respectivamente, el 9 de febrero y el 20 de octubre de 1925. Por ellos, se van desligando los médicos titulares de la directa dependencia de los alcaldes. Es la Orden de 27 de enero de 1931 la que aprueba el primer escalafón del cuerpo de médicos titulares. Progresivamente, se consigue una mayor autonomía de la autoridad municipal con la Ley de 15 de septiembre de 1932 y por Orden Ministerial de 7 de marzo de 1933. El 25 de diciembre de 1933 se crea el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Previsión. El 11 de julio de 1934 se aprueba la Ley de Coordinación Sanitaria que dio origen a los reglamentos orgánicos de los distintos cuerpos de sanidad. En lo que respecta a la asistencia sanitaria en los pueblos y aldeas, esta ley tenía como objetivo principal acentuar la incipiente intervención estatal en la organización de los servicios sanitarios locales. Se considera superado el concepto imperante de medicina individual, con el que no podían cubrirse las necesidades técnicas de la asistencia y se imponía la medicina en equipo o de grupo, para lo que se estimaba imprescindible la participación de diversos elementos médicos para poder llevar a cabo la importante función que habría de realizarse.

Como es lógico pensar, este avance de la medicina en equipo sólo podía hacerse en las ciudades y no en las zonas rurales. El Decreto de 29 de septiembre de 1934 constituyó el cuerpo de médicos de asistencia pública domiciliaria (APD) a partir de los funcionarios del escalafón del cuerpo de médicos titulares inspectores municipales de sanidad, estableciéndose 5 categorías de plazas. Pasan a depender de los presupuestos generales del Estado las de 3, 4 y 5 categorías, y permanecen bajo dominio municipal las de 1 y 2 categorías. En el aspecto administrativo, el médico titular debía tomar posesión ante el alcalde, se le podían acumular otras plazas en caso de ausencia o enfermedad de otros médicos vecinos, tenía la obligación de residir en el partido médico y no podía ausentarse del mismo sin el permiso del alcalde, y ante él tenía que justificar la ausencia. El 21 de noviembre de 1936, en la zona republicana, se independiza el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del de Trabajo y Previsión.

– La tercera etapa viene definida por 3 leyes importantes: el 14 de diciembre de 1942 se aprueba la ley por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, el 22 de noviembre de 1944 es promulgada la Ley de Bases de la Sanidad Nacional y en 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social. La Ley de Bases de la Sanidad Nacional expresa claramente que «incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de la sanidad» y que «en la consecución de los fines de esta función, el Estado será ayudado por las corporaciones públicas, organismos paraestatales y del Movimiento y por las entidades particulares». Con esto los médicos titulares pasan a ser funcionarios del Estado al servicio de las corporaciones locales, dependiendo del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad y de las Jefaturas provinciales de Sanidad, sin perjuicio de la dependencia jerárquica inmediata del alcalde-presidente del ayuntamiento donde presten sus servicios (Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de noviembre de 1953). Se puede considerar como precedente a la aparición de la especialidad de medicina de familia y comunitaria la Orden Ministerial (OM) de Gobernación de 26 de enero de 1948. Esta OM, en su

artículo primero, disponía que todo médico titular en activo (propietario o interino) fuese designado automáticamente médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad con el mismo carácter que tuviese su nombramiento de médico titular. Asistimos, pues, a la aparición de la figura de un profesional con un perfil que precede al actual médico de familia, ya que oficialmente se añaden a las actividades de salud pública, ejercidas por el médico titular, aquellas otras propiamente clínicas y asistenciales. El acceso a plazas se hacía mediante concurso oposición centralizada en Madrid. Sin embargo, en 1956 se creó el llamado escalafón B para acoger a los médicos titulares interinos que llevaran más de 5 años trabajando. Por Ley de 30 de junio de 1969 se declara a extinguir este escalafón unificándose las 2 escalas, estando siempre por delante quien hubiese accedido al cuerpo mediante oposición.

Desde los años setenta ha variado poco la legislación sobre los médicos rurales. Casi un siglo antes de Alma Ata, ya se habían definido las funciones del médico titular:

- Función benéfico-asistencial a favor de los residentes y transeúntes pobres.
- Función de sanidad preventiva: vacunaciones y estadística sanitaria.
- Funciones de auxilio a la justicia: certificación de defunciones.
- Sustituir al médico del Registro Civil.
- Auxiliar al médico forense o sustituirlo en su ausencia, practicar autopsias, informar como peritos médico-legales.
- Reconocimiento de quintos.
- Inspección médica-escolar.
- Inspección de viviendas y expedición de cédulas de habitabilidad.
- Inspección de establecimientos.
- Asistencia a funcionarios de las fuerzas armadas y de la Administración Local.
- Prestación de servicios de la Seguridad Social.

El antiguo médico rural visitaba en consultorio y sobre todo en domicilio a sus pacientes. Tradicionalmente asumía numerosos aspectos de la práctica especializada (pequeña cirugía, traumatología, tocología, pediatría, odontología, etc.). Después de haber pasado unos años en los que el médico ha acudido con demasiada

frecuencia al especialista, vemos con satisfacción que se vuelve a ejercer como médico de cabecera. A principios de esta década urge rescatar aquellos elementos característicos de la práctica del médico de cabecera que se fueron perdiendo, como era la orientación de la actividad profesional hacia el enfermo como persona y no a la enfermedad; la atención al paciente en su propio medio, considerando su entorno en el análisis de su enfermedad, incluyendo en el mismo las dimensiones preventivas y curativas de la medicina. Fue entonces cuando nació la SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural), que llega a nuestros días con el nombre de Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Esta sociedad, en el año 1974, reivindicaba una especialidad para los médicos generales y solicitaba que ésta se denominase medicina de familia. En resumen, existen unas características coincidentes de los actuales médicos rurales con sus antecesores: el conocimiento de la persona y su entorno le facilitan la utilización de recursos para la solución de problemas y la prestación de unos servicios preventivos y curativos en una atención longitudinal y continuada, a pesar de desenvolverse en unas condiciones de gran incertidumbre.

La medicina rural en otros países

De un modo simplista podríamos agrupar a los países basándose en 2 variables que parece que han condicionado su ubicación respecto al desarrollo de la medicina rural:

- El nivel económico.
- El grado de dispersión de su población.

El primero y más importante es el nivel económico, el cual es a su vez el primer condicionante de la salud en su totalidad, de tal forma que en países en vías de desarrollo que no han llegado a paliar sus necesidades mínimas la población rural, que llega hasta el 80%, sufre con mayor intensidad las deficiencias del sistema. En los países desarrollados están firmemente arraigados los conceptos de equidad y de salud como bien esencial e independiente del poder adquisitivo, condición necesaria para que se preste la debida atención al medio rural, aunque éste sólo alcance en

torno al 25% de la población. Entre estos países existen algunos, sobre todo en Europa, Japón, etc. en los que la población es casi exclusivamente urbana, como es el caso de Bélgica con un 99% de población urbana, o bien presentan unas condiciones geográficas e infraestructura en comunicaciones que hacen innecesario el desarrollo de lo que conocemos como medicina rural. Sin embargo, existen países desarrollados con grandes extensiones cuya dispersión de la población ha impulsado el desarrollo de la medicina rural. Australia y Canadá lideran sin duda este proceso. Sus gobiernos, que han investigado e invertido mucho dinero, han llegado a la conclusión de que una formación más dirigida al medio rural, con médicos de familia más polivalentes, satisfechos profesional y humanamente, con estabilidad en su condición de rurales, consigue una mayor calidad en la atención.

La forma de organización es muy dispar, incluso dentro de cada país y existen muchos modelos dependiendo de las condiciones geográficas, sociales, económicas, etc. Los equipos, de estructura muy diversa, generalmente cuentan con menos médicos que enfermeros y son más pequeños que en España, alrededor de 3 o 4 miembros. En otras ocasiones trabaja un solo médico con varios enfermeros. Pueden existir pequeños hospitales locales en donde los médicos rurales ingresan sus propios pacientes, o modelos similares al español en donde la labor es totalmente ambulatoria o en el domicilio de los pacientes. En general, se observa una gran elasticidad y libertad de organización y una participación muy activa en la gestión y en el seguimiento de sus enfermos, muy lejos de la férrea y burocrática organización española.

Parece unánimemente consensuado que el médico rural atiende una patología cualitativamente diferente al médico urbano y con unas condiciones que le obligan a adquirir determinadas habilidades que normalmente no son necesarias en el medio urbano. Estas diferencias se incrementan en función de la distancia al hospital de referencia, de forma que en casos extremos con gran dispersión y enormes distancias hasta el hospital, como en Canadá o Australia, los médicos rurales realizan incluso intervenciones quirúrgicas con anestesia general (apendicectomías, histerectomías) y asumen la aten-

ción obstétrica. Para ello han sido especialmente entrenados y se someten a evaluaciones periódicas, poseen pequeños hospitales de 10 o 12 camas y se suelen apoyar en la telemedicina, conexión vía Internet con otros hospitales, lo que les permite la transferencia de imágenes endoscópicas. Sin llegar a estos extremos, en muchos países los médicos rurales realizan habitualmente la cirugía menor, atención a traumatismos y fracturas no complejas, infiltraciones y bloqueos anestésicos, artrocentesis, seguimiento del embarazo y poseen un adiestramiento muy importante en emergencias vitales, con monitorización, uso del desfibrilador y marcapasos externo para el traslado o hasta la llegada de un equipo especializado; y, por último, están capacitados para el uso del microscopio, dispositivo de rayos X, ecógrafo y Doppler de bolsillo.

Podríamos decir que todos los modelos tienden a:

– Que el médico rural tenga un especial adiestramiento en determinadas habilidades diagnósticas y terapéuticas, ya que se ha demostrado que puede llevarlas a cabo con plena garantía en el medio en que trabaja. Estas actividades reportan un beneficio inmenso para el paciente, así como un ahorro económico y mejora social para todo el sistema.

– Que el médico rural continúe habitualmente el resto de su vida profesional en el medio rural, es decir, que la atención rural no sea una fase transitoria a la espera de un puesto más deseable en el medio urbano. Para ello se necesita que se sienta atraído por este trabajo, y que el esfuerzo adicional que supone esté suficientemente compensado.

Existe un documento bajo el título de *Directrices para el adiestramiento en medicina rural*, resultado del trabajo de un grupo de expertos de varios países, que formó la WONCA a raíz de su congreso mundial en 1992 y que fue presentado en el congreso mundial de 1995. Este grupo se halla liderado por un catedrático australiano, el Prof. Roger Strasser, que lleva muchos años trabajando en este tema, impartiendo cursos de formación, y ha convertido la medicina rural en una subespecialidad complementaria de un año de duración, optativa al finalizar la especialidad de medicina de familia. Su equipo ha

trabajado en coordinación con otro grupo canadiense, ya que en los 2 países se dan condiciones muy similares.

En Europa estas iniciativas comenzaron a desarrollarse hace unos 3 años. En la actualidad la representación europea se aglutina en el grupo EURIPA, con representación de más de 10 países (España incluida) que conforma una red de trabajo y está adquiriendo un peso específico en todo el mundo. Este grupo ha desarrollado un documento que, bajo el título *Carta para el médico rural europeo* ([anexo 1](#)), desarrolla unas líneas generales de actuación en Europa. Otros países como Nueva Zelanda y Pakistán aportan experiencias interesantes.

Situación actual

Diferencias en el ejercicio de la medicina rural. Analizaremos a continuación brevemente las peculiaridades que en nuestro país distinguen el ejercicio médico rural del urbano:

– La entrevista clínica en el medio rural posee matices especiales:

a) El modelo paternalista de relación con los pacientes clásicamente ha definido el ejercicio del médico rural, y aun en nuestros días está bastante arraigado.

b) Esta herencia, que continúa en algunos profesionales sanitarios y en la memoria histórica de la población, puede condicionar al médico rural ya su relación con el paciente en unas expectativas rígidas que a menudo entran en disonancia con la actual tendencia hacia una relación médico-paciente más participativa y menos autoritaria. Desde esta tradicional representación del médico rural, es fácil entender la enorme dificultad en nuestra población para discriminar la profesionalidad del médico de su aspecto físico y conducta personales, lo que supone una presión sobre la relación médico-paciente. Esto es también un motivo de insatisfacción del profesional a largo plazo, como explicamos más adelante.

c) Las diferencias culturales, ya mencionadas al inicio del trabajo, interfieren también sin lugar a dudas en la comunicación. El hecho de que los pacientes sean al mismo tiempo colegas y amigos del profesional puede condicionar la relación asistencial y personal si el profesional vive en la misma población.

d) Otro aspecto importante a considerar se refiere a la especial cautela en el mantenimiento del secreto profesional. La densidad de las redes familiares que pueblan los núcleos rurales puede producir más problemas de confidencialidad que en el medio urbano.

e) Sin embargo, y pese a lo mencionado hasta ahora, una vez superadas las dificultades de aceptación del médico en la comunidad, debemos reconocer que en el medio rural es más fácil mantener entrevistas más cálidas y de mayor empatía con los pacientes. Este es un factor de indudable enriquecimiento personal para el médico.

– La mayor accesibilidad a los servicios sanitarios locales, pese a constituir ocasionalmente un elemento negativo de presión sobre el médico, favorece el seguimiento de pacientes y la atención a la familia y a la comunidad.

– La menor accesibilidad al nivel secundario de asistencia: el aislamiento es una de las características más importantes del medio rural, lo que en la atención sanitaria se va a caracterizar por la menor accesibilidad a hospitales, especialistas, etc. Ello se va a traducir en la necesidad de una mayor capacidad de resolución por parte del médico de atención primaria, así como una menor demanda de servicios especializados por parte de la población.

– El perfil profesional del médico rural es, por tanto, pluripotencial. La mencionada lejanía a los centros hospitalarios obliga al médico rural a asumir tareas que pueden no estar justificadas en la ciudad, incluidas técnicas diagnósticas. El efecto disuasorio que provoca la lejanía de los centros donde se practican tales tareas provoca injustas desigualdades en la calidad de la atención difíciles de tolerar en nuestros días, como más tarde se desarrollará ampliamente. Por otra parte, la mencionada variedad de situaciones clínicas a las que el médico se enfrenta distingue, y enriquece, nuestra práctica.

– La mayor incertidumbre en la práctica clínica, la escasez de recursos técnicos y materiales, sólo en parte corregible, nos obliga a trabajar con multitud de variables difíciles de controlar. El aislamiento geográfico y la amplitud de tareas a realizar obstaculizan la impecable actualización de conocimientos que requiere nues-

tra práctica. La medicina basada en la evidencia supone, en nuestra opinión, un elemento de especial interés para los médicos que trabajamos en el medio rural. El respaldo científico de la evidencia nos alivia del tremendo peso de la inseguridad y dignifica nuestro trabajo dotándolo de mayor rigor.

Las diferencias en las necesidades de la población rural interfieren también, sin lugar a dudas, en la comunicación. Anteriormente se mencionó cómo la pluripotencialidad del médico rural era, además de una necesidad en sí misma, una demanda de la población. Efectivamente, la capacidad de resolución es un bien exigible en todo médico de cabecera, pero si cabe con más justicia en el médico rural. Esta exigencia, unida a la precariedad de recursos, acentúa en muchas ocasiones nuestra incertidumbre a la hora de la toma de decisiones, si bien la población rural no nos exige la precisión diagnóstica a la que estamos tan habituados por nuestra formación. Todo ello puede hacer menos atractiva la permanencia de los profesionales en el medio rural.

Medios y recursos: medios diagnósticos en el ámbito rural

Tradicionalmente, el médico rural en su ejercicio, una vez que había escuchado al paciente, sólo disponía del fonendo y de sus manos para emitir un posible diagnóstico (sospechar una enfermedad por el valor predictivo positivo de los síntomas) y proceder así a instaurar el tratamiento. Pero, además, el acierto o fracaso de su juicio diagnóstico sólo podía ser intuido por la evolución del paciente, con todas las posibles variables que en ella influyen, con lo que el *feedback* también resultaba deplorable. Mientras tanto, en el hospital se introducían los tests diagnósticos, los cuales convertían la situación anterior (sospecha de enfermedad pre-test) en otra diferente (sospecha de enfermedad post-test) que siempre acarreaba una disminución de la incertidumbre, tanto en el sentido de confirmar la enfermedad (valor predictivo positivo) como de descartarla (valor predictivo negativo). Pero, además, en muchos casos la aplicación de varios tests seriados podía proporcionar al médico una certeza en el diagnóstico cercana al cien por

cien, tanto en el sentido de confirmar la enfermedad como de asegurar su ausencia. El médico rural sólo tenía opción de seguir tratando a sus pacientes con una incertidumbre éticamente inaceptable o enviarlos a la ciudad. Esta segunda opción, aparentemente más ética, multiplicó los gastos sanitarios y las listas de espera de forma insostenible para el sistema, por lo que se planteó dotar al medio rural de los medios diagnósticos necesarios. Sin embargo, muy pocos enfermos se beneficiaron de cada aparato y el personal no estaba adiestrado. La agrupación de médicos en centros palió en parte este problema, con lo que mejoró la rentabilidad y se perfeccionaron los sistemas de transporte de muestras. Progresivamente se seleccionaron técnicas adecuadas al medio rural en función de unos criterios como su utilidad (es decir, la diferencia entre la probabilidad pre y post-test debería ser importante), economía, alta sensibilidad, fácil adiestramiento, así como una mínima posibilidad de iatrogenia.

La pregunta clave sería: ¿qué medios diagnósticos deberían estar presentes y disponibles hoy día, y posiblemente en un futuro, para el médico rural? Antes de contestar esta pregunta, consideramos importante analizar varios tópicos muy extendidos, que inexplicablemente se oponen al uso e implantación de medios diagnósticos en el ámbito rural. Estos tópicos a veces han sido fomentados por la Administración, otras veces por compañeros especialistas y finalmente, en muchas ocasiones, por nosotros mismos.

El primero se apoya en la supuestamente baja cualificación del personal que trabaja en el medio rural. Este tópico debería estar ya superado, si consideramos que cada vez más el medio rural es una elección personal y voluntaria y que precisa un perfil más amplio y mejor formación.

Otro tópico común se refiere a la escasa práctica que el médico puede desarrollar en el medio rural en comparación con sus colegas especialistas, lo que determinaría mayor porcentaje de error. Esta polémica, actualmente alimentada por ciertos colectivos de especialistas en España, a nuestro modo de ver encierra una gran carga demagógica que disimula el problema del paro creciente. Por otra parte, no pasa de ser una repetición actualizada de lo que ocu-

TABLA 1. Recursos necesarios en el centro rural

	Consultorio	Zona básica	Centro referencia
Básico			
	ECG	Radiología simple	Radiología simple (menos de 30 minutos)
	Analítica ordinaria	Espirometría	
	Analítica urgente	Monitor-desfibrilador portátil	
	Test diagnóstico rápido	Aparato determinación iones/Hb/INR	
		Glucemia	Conexión a Internet
		Orina	Material cirugía menor
		Embarazo	Vehículo equipado
	Lupa grande con iluminación		
	Otoscopio		
	Oftalmoscopio		
	Rinoscopio		
	Esfigomanómetro calibrado con manguitos diferentes		
	Material RCP		
	Teléfono móvil		
	Ordenador con periféricos		
	Escáner, fax, módem		
Corto plazo			
	Laringoscopio indirecto	Microscopio o alternativa accesible	
		Tonómetro ocular Doppler de bolsillo con posibilidad de sonda vascular y obstétrica	
Medio plazo			
		Luz de Wood	
		Lámpara de hendidura	
		Equipo audiometría	
		Ecógrafo polivalente	
		Anuscopio	

rría hace 15 años con el ECG, las radiografías o la misma analítica básica y que sorprendería a cualquier observador en el momento actual. Hay un elevado número de pruebas diagnósticas con «baja iatrogenia» y con una interpretación sencilla de la patología más importante (Doppler de bolsillo), que sólo requerirían un esfuerzo formativo y cuya utilización por los médicos rurales beneficiaría a la población.

Por último, otro prejuicio extendido y fomentado esta vez por nosotros mismos es el referente al riesgo legal, si manejamos ciertos medios diagnósticos. Pensamos que estas situaciones pueden paliarse si conocemos sus indicaciones y capacidad predictiva. A continuación hemos intentado hacer una pequeña revisión y actualización de los medios diagnósticos que deberían estar disponibles para el médico rural español. En la **tabla 1** se incluyen aquellos que pensamos son imprescindibles, y su ausencia

podría suponer en estos momentos un problema ético (no se incluyen los elementales: fonendo, linterna...). Están divididos en 3 categorías temporales: básicos, a corto y a medio plazo, y en 3 categorías en cuanto a su localización: consultorio, zona básica y centro referencia. Cuando aparecen en la columna de consultorio, quiere decir que para su equipamiento se requieren al menos dos, uno en la zona básica y otro(s) para los consultorios.

Justificación de algunos de estos medios diagnósticos:

1. *ECG*. Presenta una excelente fiabilidad en el IAM, aunque ante una clínica clara no está indicada su realización, si ésta demorase la llegada del paciente al hospital. También es muy fiable en arritmias y en la angina de pecho, siempre que se estén produciendo en el momento de la realización. Como aclaración importante, conviene resaltar que ante la

presencia de síntomas de angor, un resultado negativo no excluye cardiopatía isquémica, sobre todo si en ese momento el paciente no se encuentra en crisis (50% de resultados normales). Posee muy buena especificidad en el reconocimiento de hipertrofia ventricular izquierda, aunque presenta una baja sensibilidad. Existen numerosas situaciones como el bloqueo de rama izquierda, existencia de ritmo de marcapasos, etc. que pueden enmascarar situaciones patológicas, así como situaciones anormales electrocardiográficamente que no tienen ninguna repercusión.

Podemos concluir que se trata de un instrumento indispensable, y sería recomendable disponer de un portátil cuyo precio es muy asequible.

2. *Rayos X simple*. Recomendado por la OMS para poblaciones superiores 10.000 habitantes. Ningún paciente debería recorrer más de 50 km (para la OMS) para la realización de una radiografía, fundamentalmente ósea

y de tórax, que suponen un 90% de todas las exploraciones radiológicas en atención primaria. El adiestramiento para su realización es muy simple, pero la interpretación es más difícil. Es muy importante conocer las limitaciones de la técnica y las propias. Está contraindicado el uso de radioscopía en atención primaria. Creemos que la necesidad de un viaje superior a 30 minutos debería servir para plantear un equipamiento en la zona y así lo contempla la legislación.

3. Espirometría. Es fundamental en la valoración inicial de cualquier paciente con patología bronquial obstructiva. Es muy sencillo su adiestramiento, tanto en la realización como en su interpretación, y totalmente inocuo y barato. Paradójicamente no existe en muchos centros de salud.

4. Analítica ordinaria. Históricamente se ha restringido el uso del laboratorio al médico de atención primaria. Pensamos que su única limitación debe ser su correcta indicación. Para mejorar la rentabilidad, el laboratorio debe estar centralizado en el nivel especializado, como ya ocurre en numerosos centros rurales. Por ello, es preciso mejorar los sistemas de transportes de muestras.

5. Analítica urgente. Test de diagnóstico rápido. La analítica urgente debe de ser también accesible desde el medio rural con el máximo de facilidades.

Los tests de diagnóstico rápido se han ido progresivamente desarrollando fruto de los avances tecnológicos, y es de prever que en un futuro siga esta tendencia. Se caracterizan por su rapidez y sencillez de uso con mínimo adiestramiento, y guardan una correlación muy buena con el método estándar. Estos nuevos instrumentos pueden ser de una gran utilidad en atención primaria, por lo que vamos a realizar un análisis de sus pros y sus contras. Entre estos métodos se encuentran:

– Métodos de diagnóstico rápido en microbiología.

– Analizadores de bioquímica seca.

– Analizadores hematológicos.

Sobre estos tests podemos decir lo siguiente:

– Estos métodos pueden ser muy útiles, limitando su uso a la necesidad de efectuar un tratamiento o derivación precoz.

– Serían, por tanto, muy interesantes en puntos de urgencias, sobre todo en centros de salud distantes de un hospital.

– Siempre que el resultado no vaya a implicar una actuación rápida, no deberían usarse debido a los inconvenientes antes expuestos de fiabilidad y carestía.

Un caso aparte es el sistema para la obtención del tiempo de protrombina (INR) en sangre capilar (Coaguchek®). Los pacientes en tratamiento anticoagulante oral suponen en la actualidad un número importante (10-20 por cada cupo de 1.500-1.900 personas), y la evidencia científica indica que cada vez serán más y de mayor edad.

Su control se ha realizado tradicionalmente en los hospitales, con la necesidad de un traslado mensual al mismo. Esto suponía que muchos habitantes rurales que se beneficiarían del tratamiento no lo hicieran. Hoy día el médico rural debe estar capacitado para manejar la dosificación de los anticoagulantes orales y para ello debe poder obtener el resultado del INR el mismo día de la extracción; esto sólo se consigue o bien con el envío del resultado vía fax, desde el hospital, o con el sistema citado.

Microscopio óptico. Aunque precisa de adiestramiento, puede ser muy útil en muchos métodos de diagnóstico rápido.

Lupa grande con iluminación incorporada

Oftalmoscopio. Su principal problema es que precisa de adiestramiento, que puede ser algo complejo aunque una vez adquirido, su utilidad está fuera de toda duda.

Otoscopio. El adiestramiento es mínimo.

Rinoscopio

Laringoscopio indirecto. Es muy útil en el medio rural, pero requiere un aprendizaje previo.

Anuscopio. Puede originar iatrogenia si no se tiene experiencia, aunque puede ser de bastante utilidad en la valoración de las rectorragias.

Luz de Wood.

Lámpara de hendidura. Aunque precisa de un discreto adiestramiento, puede ser muy útil para la valoración de afecciones de la cámara anterior, conjuntivitis, queratitis, trau-

mismos y exploración del cristalino con su patología más prevalente, las cataratas.

Tonómetro ocular. A los clásicos tonómetros de aplanamiento o por contacto se están añadiendo actualmente los tonómetros de aire que, sin contacto, determinan la presión ocular sin precisar adiestramiento. Su inconveniente es que por ahora son caros.

Equipo de audiometría. A los clásicos, algunos muy sencillos, se están sumando otros de cribado de pérdida de audición.

Doppler de bolsillo. Con posibilidad de sondas vascular y obstétrica. Aparatos polivalentes que precisan de un adiestramiento mínimo para la exploración arterial, siendo éste algo más complicado para la patología venosa.

Ecógrafo polivalente. Tradicionalmente su uso se ha reservado en España a los radiólogos y otros especialistas, urólogos, ginecólogos, cirujanos, cardiólogos, pero está bastante extendido entre los médicos rurales de otros países y la estructura en equipos de los centros de salud españoles abarataría muchísimo todos los gastos. En la actualidad existen equipos polivalentes muy útiles para el medio rural, y aunque precisa de un adiestramiento más o menos importante existen estudios que demuestran la obtención de una fiabilidad diagnóstica superior a un 90%, tras unos 6 meses de manejo convenientemente asesorado. Recientemente, estamos asistiendo a una gran polémica en torno a este tema entre varios colectivos implicados, pero su inocuidad, junto con su gran polivalencia, y la agilidad que sin duda generaría en el sistema hacen pensar que en un futuro no muy lejano será una herramienta de uso habitual para el médico rural.

Monitor-desfibrilador portátil. Herramienta de diagnóstico y tratamiento indispensable para cualquier reanimación cardiopulmonar. En muchos países el modelo automático se está distribuyendo por lugares públicos, aeropuertos, estaciones de ferrocarril instruyendo sobre su uso incluso a personal sin ningún conocimiento de medicina. Conside-

ramos que debiera ser una herramienta ya obligada en todos los centros rurales.

Estamos convencidos de que utilizar estos métodos es factible, y que pueden suponer una gran ayuda para la realización de nuestro trabajo, añadiendo un matiz de rigor científico y seriedad a esta bonita tarea, y sobre todo beneficiando a nuestros pacientes.

Recursos en el medio rural y su accesibilidad. No nos gustaría terminar este trabajo sin realizar una reflexión sobre la incongruencia con la que se suele decidir la instalación de nuevos equipamientos de los centros de salud. Por razones de proximidad con los centros de decisión, suponemos, habitualmente se equipa antes los centros urbanos que los rurales, donde la población ya tiene más problemas de acceso.

Este hecho es incongruente y grave, puesto que supone una nueva penalización para las personas que viven en zonas rurales y también para los profesionales. Por ello debería cuidarse más el acceso a los medios complementarios y a la tecnología accesible por otras vías, como es la telemática, que podría servir para muchos usos (rapidez de resultados analíticos, acceso a agendas de los centros de referencia, etc.).

Anexo 1. Carta para el médico rural europeo

Carta europea del médico rural

Declaración de Intenciones: esta carta persigue «asegurar que todas las poblaciones rurales y aisladas de Europa tengan acceso a unos cuidados médicos públicos de alta calidad con independencia de su localización, cultura o recursos».

Introducción

En su discurso inaugural en el Parlamento Europeo en enero de 1995 Jaques Santer, presidente de la Comisión Europea, afirmó: «La regeneración de las áreas rurales y las pequeñas ciudades es otra área prioritaria que afecta a la calidad de vida. Deben de ser conservadas por sus propios valores medioambientales y el balance de la vida rural debería ser restaurado en todos sus aspectos tanto económicos y sociales como culturales.»

La población de la Unión Europea representa un 6,5% de la población mundial. Más del 20% de los habitantes europeos viven en comunidades de menos de 2.000 habitantes, el 40% de la superficie está clasificada como agrícola y más de un 30% corresponde a bosque. A pesar de eso, muy poco se conoce acerca de las necesidades sanitarias de esta considerable parte de la comunidad.

El incremento de las ciudades se está adueñando de la vida rural tradicional. La emigración de los jóvenes está conduciendo a un mayor envejecimiento de la población. La agricultura, principal industria de las comunidades rurales, está disminuyendo en un 1,15% anual durante los últimos 10 años.

Las investigaciones sobre el trabajo en el medio rural son limitadas, pero existe una evidencia desde toda Europa al resto del mundo de que los problemas son similares, y entre ellos está la fuerte carga de trabajo, escasas oportunidades de reciclaje, aislamiento, falta de entusiasmo y una disminución de la gente que quiere dedicarse a esta labor. Los médicos rurales disfrutan de un nivel social muy alto dentro de su propia comunidad pero, sin embargo, de uno de los más bajos dentro de su profesión. Esto es debido a este perfil caracterizado por el aislamiento, la escasez de recursos y una gran carga de trabajo.

Características de la medicina rural en Europa

Las características específicas de la medicina rural, que incluyen el manejo de un mayor número de habilidades en sus profesionales, debería ser reconocida por las organizaciones profesionales, gobiernos y autoridades de salud en Europa. La creación de la infraestructura necesaria que permita dotar de una atención global en áreas rurales remotas o infradesarrolladas es una prioridad, ya que los médicos rurales asumen un nivel de responsabilidad clínica más alto que sus compañeros urbanos, y en unas condiciones de aislamiento profesional mayores.

Locales y equipamiento

Los médicos rurales deberían trabajar en locales correctamente diseñados que les permitan dispensar unos cuidados globales de alta calidad a sus pacientes, asegurándose que estos servicios están pensados o centrados en el paciente, reconociendo la importancia tanto de la higiene como de la confidencialidad e intimidad.

Los locales deben de estar equipados de forma que el médico pueda realizar en su totalidad las exploraciones físicas que necesite, así como otras investigaciones o procedimientos que se consideren dentro del marco de competencias del médico de familia.

Las habilidades clínicas

Serán todas aquellas que realice el médico de familia.

Habilidades técnicas

Emergencias

Procesos que de otro modo necesitarían un desplazamiento de los pacientes

Habilidades de ámbito hospitalario para aquellos médicos que dispongan de camas hospitalarias.

Papel en salud pública.

Cuestiones de medio ambiente.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El médico rural debe ser capaz, bien de forma individual o en equipo, de proveer en su localidad, a base de un adiestramiento adecuado, de toda una amplia variedad de servicios que responda a las necesidades de su población.

Servicios de emergencia y rescate

Tanto los pacientes como los médicos tienen derecho a un servicio de traslado en emergencias que transporte a los enfermos graves en condiciones de seguridad desde el lugar de accidente al centro de emergencias más cercano que sea apropiado para el caso, en el menor tiempo posible.

Promoción y protección de la salud

Los médicos rurales deberían buscar el desarrollo de servicios, que involucren a la comunidad. La promoción de la salud es una actividad comunitaria, no una parcela de los profesionales de la salud. Las comunidades rurales están emplazadas de un modo privilegiado para el desarrollo de programas centrados en dicha comunidad que faciliten el desarrollo de los pueblos y ciudades saludables.

El médico rural dentro del equipo de salud

(Continúa en página siguiente)

Una medicina rural idealmente tendría que ser un esfuerzo en equipo, en el cual cada miembro debería tener en cuenta los puntos fuertes y las limitaciones tanto suyas como de sus compañeros.

Sería recomendable que los profesionales en todas sus categorías fueran seleccionados, educados y entrenados para trabajar como un equipo que responda a las necesidades de la comunidad. Los profesionales claves como médicos y enfermeros deberían de tener un papel central en los equipos de salud, los cuales se beneficiarían de los conocimientos científicos y de gestión de aquellos profesionales.

Diseño de los servicios de salud rural en busca de las necesidades de la comunidad

Los profesionales de la salud en el medio rural deberían ser los asesores de la comunidad en el establecimiento, análisis y desarrollo de los servicios sanitarios en respuesta a las necesidades de la comunidad, sin dejar de lado la necesidad de un enfoque centrado en cada paciente individual.

Estos modelos sanitarios deberán ser evaluados y promovidos por las autoridades sanitarias, ya sea locales, regionales o nacionales.

Mejora del status del médico rural

Este status sólo prosperará mediante un enfoque coordinado que incluya mejoras en la formación y entrenamiento, así como desarrollando los incentivos y las condiciones de trabajo, todo esto bajo el apoyo del gobierno y la comunidad, que deberán reconocer el papel del médico rural como principal pivote del sistema sanitario rural.

Reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales

Es necesario un enfoque integral para el reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales; dicho enfoque debe revisarse desarrollando especialmente las siguientes iniciativas:

- Información en las escuelas sobre qué es la medicina rural.
- Especial selección de estudiantes provenientes del medio rural.
- Información precoz y continuada de la medicina rural durante los estudios universitarios tanto en el pregrado como en el posgrado.
- Apoyo a los médicos rurales, incluida su familia.
- Mejora de las condiciones de trabajo y de los consultorios.

Mejora de la accesibilidad y facilidades para el médico con el fin de que pueda dispensar una atención de calidad en las urgencias fuera de la jornada laboral, pero a la vez asegurando un adecuado descanso o tiempo para que el médico pueda estar tranquilamente con su familia.

- Asegurar una apropiada formación continuada o desarrollo profesional.

– Regulación de una carrera profesional para el médico rural que mejore su calidad asistencial.

Pregrado

Todas las facultades de medicina, enfermería y demás instituciones que preparen personal sanitario deberían formar algunos profesionales para el medio rural, incluso disponer de médicos rurales entre el profesorado.

Incluir un período de práctica en el medio rural en el currículo.

Animar a los recién graduados que estén dispuestos a optar por la medicina rural.

Posgrado y formación continuada

Debería facilitarse a los médicos rurales un entrenamiento para adquirir una competencia flexible, a través de cursos voluntarios y de programas de formación continuada en medicina rural, que deberían ser desarrollados por médicos rurales o por lo menos en colaboración con ellos.

Información tecnológica

Las comunidades rurales deberían disponer de las modernas posibilidades de comunicación telefónicas, nuevas tecnologías y las aplicaciones de telemedicina que deberían ser un apoyo para el médico rural.

Estas mejoras son esenciales para prestar unos cuidados médicos de alta calidad en las zonas aisladas, así como para la conexión de los sanitarios rurales con el resto de la comunidad médica.

Investigación

Los pueblos con su población definida y estable ofrecen una posibilidad única para la investigación, que debe de ser potenciada para buscar respuestas específicas a los problemas rurales, deberá estar basada en hechos evidentes y planteada para los intereses rurales. Deberían establecerse centros marco de investigación en cada país, los cuales faciliten esta tarea.

Administración y gestión

Los gobiernos desarrollarán unos directorios que reconozcan y afronten las necesidades de salud específicas del medio rural desarrollando un enfoque especial que intente buscar las soluciones. Son necesarias más investigaciones para identificar cuál es el coste extra resultante de proveer de cuidados a las comunidades rurales. Este índice de ruralidad será necesario tenerlo en cuenta a la hora de financiar estos cuidados en un futuro.

Los médicos rurales deberían contar con el apoyo de expertos administrativos, así como cursos de dirección, con el fin de proveer unos servicios efectivos y eficientes que respondan a las necesidades de los pacientes en el desarrollo del sistema sanitario.

Los médicos rurales y sus familias

Deben desarrollarse mecanismos de apoyo para los médicos rurales y su familia, incluso el establecimiento de sociedades de familiares de médicos rurales. Tanto las comunidades rurales como las autoridades deberán contemplar las necesidades y problemas específicos de los médicos rurales y de sus familias.

Cursos y congresos

Los médicos rurales deberán tener la posibilidad de asistir a congresos o cursos, tanto nacionales como internacionales, en donde sean informados, cooperen y colaboren en la mejora del estado de salud de sus respectivas comunidades.

Unión Europea

Esta carta va dirigida a los países miembros de la Unión Europea y a los otros países europeos, con el fin de que reconozcan los problemas encontrados por las personas que viven en el medio rural y sus médicos, para alcanzar una igualdad en los cuidados sanitarios.

Esta carta llama a esos gobiernos a mejorar la atención sanitaria en el medio rural en cualquier forma posible, siempre que existan recursos que lo permitan.

EURIPA, junio de 1997