

## DOCUMENTOS SEMFYC

# El medio rural: una visión mirando al futuro (y II)

### 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: Formación médica continuada; Sesiones clínicas.

## PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES DEL TRABAJO EN EL MEDIO RURAL

### Problemas

#### Relacionados con instituciones locales

Históricamente, como hemos visto, en el ámbito rural era el médico titular (APD) el responsable de la atención a los enfermos y de todos los temas relacionados con la sanidad local de su partido médico durante las 24 horas al día. En este contexto, los alcaldes de los municipios, como autoridad sanitaria, se encargaban de proporcionar el espacio físico y las infraestructuras necesarias para que el profesional sanitario pudiese desarrollar sus actividades y funciones de cuidados de la población. Así, los llamados «consultorios locales» eran de titularidad municipal y la mayoría de las veces se hallaban ubicados en alguna dependencia de los propios ayuntamientos.

Con la llegada, a veces precipitada, de la Reforma de la Atención Primaria, se plantean cambios importantes en la sanidad rural, uno de los cuales se refiere a las mejoras de los consultorios locales y sus infraestructuras. Los servicios de salud de las comunidades autónomas pactan con los ayuntamientos, y en muchos casos se mejoran los consultorios locales ya existentes. En otros, se construyen nuevos edificios suficientemente planificados para ser los núcleos base de las dispersas áreas rurales. En ellos se centralizan las actividades comunes de los equipos rurales, así como la atención continuada. Sin embargo,

lo que en principio fue una colaboración ilusionada de los ayuntamientos ha evolucionado con el tiempo hacia un cierto grado de desvinculación hacia los temas sanitarios, lo que comporta las siguientes deficiencias:

- Existen deficiencias en planificación por falta de reuniones periódicas entre los responsables de los ayuntamientos y los sanitarios.
- Dentro de una misma zona de salud se producen desequilibrios y deficiencias importantes en lo referente al mantenimiento, confort, comunicaciones e infraestructuras de los consultorios locales y se depende de la sensibilidad individual de la autoridad local para poder solucionarlas.
- No existe colaboración en la financiación. Además, cuando los ayuntamientos deciden invertir en sanidad ignoran la opinión de los profesionales sanitarios. Por otro lado, se desconoce qué parte del presupuesto municipal va a emplearse en la sanidad local.

*Relacionados con la salud pública*  
En algunas zonas continúan siendo funciones del médico titular (APD), integrado o no, las propias de la sanidad local de su delimitación territorial.

- Existe un importante individualismo y falta de coordinación en las actividades preventivas a realizar entre los responsables de cada municipio.
  - Muchas veces no existe relación con otros profesionales de la sanidad, como veterinarios y farmacéuticos. Se trabaja independientemente y la colaboración sólo confluye a la hora de resolver problemas puntuales y con la mayor urgencia posible.
  - Si en el centro de salud base de la zona rural coinciden además del APD integrado otros médicos, no se reparten equitativamente las cargas de trabajo referentes a la salud pública, y el responsable final continúa siendo el médico titular.
  - Existen problemas de asunción de responsabilidades en lo referente a las funciones de la sanidad local en los períodos de atención continuada.
- Relacionados con la actividad profesional*
1. *El médico:*
    - Insatisfacción y aislamiento profesional.
    - Realiza la consulta diaria en solitario al no disponer en algunos casos de personal de enfermería a tiempo completo. Con frecuencia debe asumir tareas que en el medio urbano practican otros profesionales: manejo de vías, realización de electrocardiograma, tareas administrativas, tareas de mantenimiento del centro de salud y un largo, a veces demasiado largo, etc.
- Esta ambivalencia corre el peligro de convertir al médico en un profesional multiusos. También es cierto que la dispensación de la atención en puntos muy alejados entre sí obliga a repartir los recursos humanos. Esto provoca situaciones únicas en la atención primaria. Como apuntábamos anteriormente, no es extraño, más bien lo frecuente, encontrarnos con médicos que deben atender un consultorio sin el apoyo de personal auxiliar (para atender el teléfono, abrir puerta, sacar las historias...).
- Problemas de relación con el personal de enfermería, por indefinición de sus funciones, más acentuada en el medio rural. Se depende en ocasiones de la voluntariedad y de la empatía personal.
  - Difícil comunicación con otros niveles asistenciales, ya que se depende del teléfono por la dispersión geográfica.
  - Persistencia del modelo médico paternalista, individualismo y dificul-

tades para el trabajo en equipo, reforzados por la dispersión geográfica y el menor arraigo.

– Respecto a la población, existen conflictos derivados del exceso de confianza que genera la convivencia diaria, en municipios pequeños, así como la falta de discriminación entre los roles profesionales y personales. Un estudio cualitativo, mediante la técnica del grupo focal, mostró como principales problemas la ausencia de frontera entre la vida privada y el rol del médico, con gran impacto en la vida familiar. En este estudio se propone delimitar claramente la actividad profesional de la privada y organizar grupos Balint.

– La población rural exige del médico una actitud más pragmática y mayor capacidad de resolución de la que por prudencia a veces podemos prestar, sin menoscabo de la calidad de la asistencia.

– La organización no permite que los médicos puedan cuidar y seguir a sus enfermos en el hospital.

## 2. Los profesionales de enfermería:

– El papel de la enfermería tras la reforma se ha revalorizado. Sin embargo, en el medio rural aún es fácil encontrar profesionales que tienen dificultades para asumir nuevas responsabilidades. No existe en general formación específica para desarrollar las actividades que actualmente exige la atención primaria rural. En algunos casos se ha accedido a la reforma sin ningún tipo de reciclaje, atraídos por una mayor autonomía profesional y mejores ingresos. A ello se le añade la persistencia histórica de un perfil más auxiliar que no se actualiza en unos casos por comodidad, y en otros por motivo de edad.

– Falta de definición de sus funciones en la consulta.

– La ausencia de soporte administrativo, auxiliar y en ocasiones de personal de limpieza, obliga a desarrollar tareas que no les corresponde.

– Relaciones difíciles en el ámbito profesional con médicos que mantienen una actitud autoritaria y no delegan tareas sanitarias como el control de pacientes con factores de riesgo o enfermedades crónicas. Esta actitud es reforzada por la población, que no acepta que los profesionales de enfermería tomen decisiones sin la constante aprobación del médico. Sin embargo, en honor a la verdad, debemos reconocer que estas diferencias se van superando.

– Organización y planificación deficiente por falta de reuniones del colectivo.

– En algunos equipos no se asume la nocturnidad de la atención continuada.

## 3. Pediatría:

La escasez y dispersión de la población infantil en el medio rural exige a veces a los médicos asumir toda la atención pediátrica sin ningún apoyo. La polémica que suscita la atención pediátrica en todo el país está acentuada en nuestro medio, y ha permitido el desarrollo de fórmulas intermedias que no satisfacen ni a los profesionales ni a los usuarios (pediatra itinerante, pediatra consultor, ausencia de pediatra extrahospitalario...). Por otra parte, la falta de implicación de estos profesionales en las actividades comunes del equipo, especialmente en la atención continuada, ocasiona múltiples problemas (falta de pediatra en las guardias o reticencia a atender adultos cuando las hacen).

## 4. Personal auxiliar y administrativo:

– Suelen ubicarse en el centro de salud, de modo que las tareas administrativas de los consultorios periféricos no se hallan suficientemente cubiertas. Además en el medio rural se aceptan peor los registros y existe menor hábito para ello. En general, los problemas de este colectivo se centran en la poca participación en los temas generales que afectan al equipo.

– Las quejas más habituales son, el exceso de burocracia y la poca sensibilidad que muestran algunos profesionales sanitarios en temas de registros, derivaciones y organización de los consultorios locales, lo que conduce a veces a relaciones difíciles y conflictivas.

– Es conocido que las ratios de personal administrativo respecto a la población en los centros rurales son mucho menores que en los centros urbanos, no existiendo ninguna razón para ello, más bien al contrario, ya que hay que atender una red de consultorios mucho más dispersa.

## 5. Los pacientes:

– En muchos pueblos, la implantación de la Reforma se ha vivido como una pérdida, el médico ya no está disponible las 24 horas del día, y ante situaciones de demanda de atención

fuerza del horario de consulta se opta a veces por acudir a servicios de urgencia hospitalarios si no tienen la certeza de que «su médico» se halla de guardia en la centro de salud.

– La «visita programada» se puede vivir mal, si no se planifica teniendo en cuenta las peculiaridades de cada población (días de mercado, etc.).

– Los pacientes crónicos que realizan sus controles con el personal de enfermería buscan a veces el menor pretexto para la confirmación de su estado mediante una consulta con el médico. Esto puede desvanecerse con el tiempo una vez que haya prendido el papel de una enfermería más profesional.

– Como hemos explicado anteriormente, existe cierta reticencia a las derivaciones a otros niveles asistenciales. En el ámbito rural se espera la resolución de la mayoría de problemas en su propio contexto.

– La población del medio rural está en general más envejecida. Por tanto los recursos que deben dedicarse a atención domiciliaria son mayores.

– No hay libertad de elección de médico, puesto que a veces existe «un sólo médico en el pueblo». La única alternativa es el desplazamiento a otro municipio.

## Relacionados con la atención continuada

– El ejercicio profesional en pueblos provoca en algunos casos conflictos en la relación con los pacientes, derivados de la mayor disponibilidad en los turnos de atención continuada en los que 105 pacientes demandan asistencia no urgente fuera del horario establecido. Si además el médico tiene su residencia en la misma localidad donde trabaja, muchos vecinos se ven tentados de abusar de las horas libres de su médico.

– La atención continuada conceptualmente debe ser asumida por los miembros que conforman el equipo de atención primaria, pero muchas veces se incorporan profesionales no pertenecientes al equipo por ser equipos reducidos o por la renuncia de algunos de sus miembros.

– En algunas zonas no se exige la presencia física en el centro de salud.

– El personal de enfermería adopta a menudo un papel pasivo, y en algunos casos está ausente en el período nocturno, con asunción de sus funciones por el personal médico sin que se contempla ninguna contrapartida por ello.

- En algunos casos, la atención continuada es poco resolutiva por falta de recursos materiales o de formación y motivación.
- Los pacientes, a veces, recurren al servicio de urgencias hospitalario por la influencia que ejerce en ellos el encanto de la tecnología (radiología, análisis rápidos, etc.).
- La población no está suficientemente informada de los servicios de urgencia que se ofrecen en la zona básica de salud.
- La población rural parece estar más habituada a que sus problemas urgentes sean resueltos en el domicilio del paciente. La dispersión y la falta de medios de locomoción, por un lado, y por otro la falta de confianza en las posibilidades técnicas del centro pueden provocar atención domiciliaria indebidamente justificada.
- No se contempla la necesidad de conducir cuando las distancias obligan a ello, por lo que no se remunera adecuadamente por la utilización de los vehículos particulares ni se cubre el riesgo que se deriva de ello.
- Los profesionales sanitarios se ven obligados a realizar desplazamientos nocturnos en solitario sin soportes técnicos portátiles ni apoyo de los agentes de la policía local de los municipios. Tampoco en este caso se contemplan los riesgos y costes personales.
- Los servicios de hostelería (comidas, lavandería) corren la mayoría de las veces a cargo de los sanitarios que se hallan de guardia. En muchos casos no se dispone de un tiempo reservado para los almuerzos y las cenas.
- El personal de refuerzo de atención continuada y los suplentes deberían ser mejor compensados para evitar la carencia de profesionales bien formados o renuncias de última hora.
- No se contemplan los problemas del cansancio producido por la atención continuada (libranza u otras alternativas: 48 horas de descanso a la semana...).
- En muchos casos, no hay personal de apoyo en las noches.

### ***Relacionados con el conjunto del equipo de atención primaria***

#### ***1. Reuniones generales:***

- El menor arraigo del trabajo en equipo, la dispersión geográfica de sus miembros, y en general la inmadurez de la Reforma de la Atención Primaria en el medio rural, crean dificultades organizativas ausentes en otros medios.

- Las reuniones de equipo suelen ser escasas, mal preparadas y poco resolutivas, y con reducida asistencia.
- Existen servicios poco o nada integrados: odontólogos, asistentes sociales, veterinarios, farmacéuticos, equipo de salud mental, personal auxiliar y administrativo y en algunos casos, pediatría.
- No existe una autonomía de gestión real en los equipos, carencia que es más intolerable en el medio rural debido a la desconexión con las gerencias. Éstas desconocen muchas veces las necesidades de los centros rurales, pero conservan un gran poder de decisión. La figura del coordinador carece de la suficiente autoridad legal para aplicar un reglamento de régimen interno, en muchos casos inexistente.
- Las sesiones clínicas, por falta de hábito, algunas veces no se realizan y en ellas no participan todos los profesionales y no existe una programación previa.

#### ***2. Relacionadas con la formación continuada:***

- Existe poca oferta para el conjunto del equipo por parte de las administraciones.
- Se realizan dependiendo del interés individual y con financiación particular.
- Existe poca oferta de cursos que se puedan realizar a distancia.
- Hay dificultades para acceder a cursos con presencia física en los mismos, por problemas de sustituciones y de presupuestos de la propia área o zona de salud.
- Hay dificultad de contacto con la atención del segundo nivel.

### **Oportunidades**

Existen entre éstas una serie de propiedades que bajo nuestro punto de vista se han de potenciar y mantener la continuidad de la asistencia, el sistema de creencias y cuidados de salud, la accesibilidad, el conocimiento y atención al medio, junto con la posibilidad de una medicina más integrada, integral y activa, hacen del medio rural el entorno idóneo de aplicabilidad de la mayor parte de los elementos conceptuales de la atención primaria.

### ***Relacionadas con la atención primaria de salud***

El perfil del médico de pueblo se identifica con el verdadero médico de

familia. Como hemos repetido a lo largo del documento, el medio rural ofrece a los profesionales sanitarios la oportunidad de la atención global al individuo en su entorno familiar y social, así como de desarrollar más fácilmente otros principios básicos de la medicina de familia.

Es indudable que las funciones que definen al médico de familia (atención integral, continuada y atención a la familia y la comunidad) son más fácilmente aplicables en el ámbito rural. No olvidemos que el médico de familia actual pretende recuperar y profesionalizar la figura del médico rural.

- La continuidad de la asistencia a lo largo de la vida de las personas debiera ser una de estas características a conservar, anteriormente más propias del medio rural. En un artículo que publicaba ATENCIÓN PRIMARIA en 1984, J. Tudor Hart proponía un nuevo tipo de médico «que combine las aptitudes clínicas con las aptitudes de la medicina de poblaciones», «y con suficiente lealtad hacia sus pacientes para quedarse en su plaza y realizar su trabajo hasta el final». La continuidad se ve también favorecida por un menor hospitalocentrismo. Esta continuidad no sólo se extiende a lo largo del tiempo, también abarca mejor dónde se desenvuelve la vida humana, con un conocimiento más cercano del medio de trabajo y del hábitat del paciente. La visita a domicilio a demanda o programada constituye en ocasiones el mejor modo de conocimiento del medio en el que vive el paciente o de valorar el grado de autonomía de un anciano en su domicilio.

- La accesibilidad es mayor a pesar de encontrarnos con una accesibilidad física generalmente dificultada (más distancias). El mayor conocimiento del médico por parte del paciente, y viceversa, mejora de manera notable esta accesibilidad. La asistencia a poblaciones pequeñas generalmente se realiza en consultorios locales. Estos consultorios, que generalmente provocan múltiples incomodidades al médico (desplazamientos, carencia de personal administrativo...), incrementan la accesibilidad del usuario. La satisfacción entre los pacientes rurales, según la Encuesta de Satisfacción llevada a cabo por el INSALUD en 1996, es mayor en general (un 94,2% declara estar satisfecho o muy satisfecho frente al 88,9% del medio urbano), y

en particular tienen mayor porcentaje de satisfechos con la facilidad para conseguir cita, con el tiempo que se les dedica en la consulta y con el personal administrativo.

– La atención a la comunidad y la educación para la salud es más fácilmente articulable en poblaciones más homogéneas y generalmente más estables con representantes sociales y vecinales generalmente más identificables. Este es un campo donde la acción en el medio rural es mucho más factible y es uno de los retos reales para la medicina rural.

### ***Relacionadas con las habilidades personales de los componentes del equipo***

Los profesionales rurales deberán adquirir habilidades que en un medio urbano se realizan casi siempre por personal de otro nivel, debido a su disponibilidad. Por ejemplo, en el medio rural estaría indicada la fibrinólisis prehospitalaria en pacientes con infarto agudo de miocardio, así como una mejor preparación en situaciones urgentes (intubación o traqueotomía) o en cirugía menor, o si fuese necesario realizar una radiografía o coger una vía. Es lógico pensar que estas prácticas no tienen cabida en la proximidad a un centro hospitalario. Además, en el medio rural es bastante habitual la escasez de pediatras, matronas..., carencia que debe suplir el médico rural. La antigua y a veces polémica reivindicación de los médicos de familia sobre la globalidad de la atención y su resistencia a que ésta sea parcelada encuentra su máxima expresión en la pluripotencialidad del médico rural. Esta característica, sobre la que hemos insistido a lo largo del documento, quizás sea uno de los mayores atractivos para profesionales interesados y capacitados para desarrollar una actividad más completa y ambiciosa.

### ***Relacionadas con la salud pública***

En los pueblos es más fácil planificar con otros profesionales sanitarios las actividades de sanidad local y salud medioambiental al tratarse de zonas muy bien delimitadas territorialmente. Este es otro de los grandes retos que enriquecen nuestra práctica. El conocimiento del medio es mayor si las actividades de atención a éste se realizan desde el propio equipo de

atención primaria, bien sea porque se dispone de veterinario y farmacéutico o porque las realicen miembros del equipo (médicos titulares...). Esto permite un conocimiento más cercano de los riesgos atribuibles al medio (agua, residuos sólidos, lugares de convivencia, industrias de la zona) que en ocasiones están contribuyendo al incremento de incidencia de alguna patología concreta. Pueden además perfilarse necesidades concretas de promoción de la salud en relación a patologías prevalentes (brucelosis, hidatidosis...).

### ***Relacionadas con líneas de investigación***

Para investigar en el medio rural se dan las circunstancias ideales: conocimiento de la comunidad y del medio, y demarcaciones territoriales bien definidas. Las características que a continuación enumeramos propician la investigación:

#### *1. Características de la población:*

- Limitada y conocida.
- Conocimiento más exacto de la población asignada y de las características sociales y económicas de ésta.
- Mayor posibilidad de contacto con los representantes y entidades sociales.
- Mayor seguimiento de los procesos en los períodos de atención continua.
- Mayor conocimiento de la mortalidad.
- Mayor posibilidad de estudios prospectivos por las mayores posibilidades de seguimiento a largo plazo.

#### *2. Características de la materia a investigar.* Las siguientes áreas son más accesibles desde el medio rural:

- Urgencias.
- Enfermedades infecciosas.
- Salud mental.
- Enfermos terminales.
- Aspectos relacionados con el duelo y la muerte.
- Geriatría.
- Atención al niño.
- Salud comunitaria.
- Educación para la salud.

Sin embargo, no podemos negar que, al menos hasta la actualidad, el medio urbano ha atraído a la gran mayoría de la profesión médica y continúa siendo el destino deseado por una gran parte de ella. Las razones, por un lado, son las mismas que jus-

tifican el continuado éxodo rural que se remonta a varias décadas, y por otro las propias del ejercicio médico. El aislamiento profesional y personal, las escasas posibilidades de promoción profesional, la lejanía del hospital considerado hasta ahora como única fuente de saber de calidad, y hasta hace unos años la precariedad en el trabajo, mal remunerado y con atención permanente las 24 horas del día, situaban la práctica en el medio rural como indeseable. Afortunadamente, muchas de estas circunstancias han cambiado, y el medio rural es el ideal para una atención integral (considerando al paciente desde el punto de vista biológico, psicológico y social) e integrada (incluyendo promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación). Queda por lo tanto incidir sobre factores de equidad en la población, asignando a las poblaciones rurales los recursos necesarios para potenciar los aspectos positivos y paliar en lo posible los aspectos más negativos, uno de los cuales es, sin duda, el aislamiento. Son varios los estudios que coinciden en destacar el medio rural como un reto único en la vida profesional de un médico, a la vez que ofrece una alta calidad de vida.

## **LÍNEAS DE FUTURO**

### **Nuevas formas de comunicación: Internet**

El desarrollo y popularización de las nuevas comunicaciones, y en especial de Internet, junto con el progresivo abaratamiento de los equipos informáticos, cada día más potentes, son ya de hecho una de las soluciones al aislamiento del medio rural que está funcionando en muchas partes del mundo. La posibilidad del intercambio simultáneo de sonido, datos e imagen en tiempo real a cualquier lugar del planeta, con un coste independiente de la distancia a que se transmite, es ya una realidad. La limitación de la velocidad de transmisión en las actuales líneas telefónicas será superada en pocos años con la introducción de las líneas de alta velocidad de fibra óptica y/o la transmisión vía satélite consiguiendo hacer de la videoconferencia y de la telemedicina algo habitual.

Los recursos que actualmente pueden encontrarse en Internet son los siguientes:

*Páginas web: www (world wide web)*

1. Índices, buscadores y directorios generales: Yahoo, Altavista, Olé...

Índices, buscadores y directorios médicos: Medical Matrix, MedWeb...

Base de datos: se puede acceder a la base de datos Medline, encontrándose incluso alguna página que nos permite el uso gratuito: PubMed, Healthgate y Healthword. Otras bases de datos de interés que pueden ser consultadas son: Índice Médico Español (que puede ser consultado desde la base de datos del (SIC), HealthStar, EMBASE...

2. Revistas médicas: muchas revistas médicas ofrecen números actuales y atrasados de forma libre, o mediante pago.

3. Libros, manuales e infinidad de documentos de consulta que ocuparían centenares de páginas podrían ser listados en este apartado.

4. Algunas sociedades científicas han publicado su página web, como la semFYC (donde se ofrece información sobre sus servicios, el PAPPS... y que pensamos podría ser una buena plataforma para asentar los vínculos y recursos más importantes en medicina rural. Otras sociedades autonómicas disponen también de página (por ejemplo, la del grupo de diabetes de la Sociedad Andaluza de Medicina de Familia).

5. Existen estupendas páginas personales donde se ofrecen multitud de vínculos bien estructurados para acceder a información Médica, como por ejemplo la de Rafael Bravo Toledo.

6. En concreto, sobre medicina rural puede encontrarse la página web del grupo EURIPA (antes GRAIPE), donde además puede leerse The European Charter for Rural Practice, documento que se elaboró en Palma de Mallorca en junio de 1997, con el objetivo de garantizar que toda la población de Europa tenga acceso a una medicina de calidad independientemente de su localización, recursos y cultura. En ella se analizan diversos aspectos y se formulan objetivos a cumplir para este fin. En esta página puede encontrarse una recopilación de recursos que sobre medicina rural y telemedicina existen en los ámbitos mundial y europeo.

*Correo electrónico (e-mail) y listas de distribución (grupos de news)*

El correo electrónico permite la comunicación de forma ágil y sencilla favoreciendo el intercambio de datos y documentos, que a su vez pueden

contener archivos de sonido e imágenes, con un coste independiente de la distancia y de manera inmediata. Es evidente que mediante correo electrónico podrían funcionar grupos de trabajo de poblaciones rurales muy distantes, realizarse investigaciones multicéntricas y todo esto con un coste mínimo y una agilidad muy alta. Las listas de distribución funcionan mediante suscripción gratuita y proporcionan un grupo de discusión de personas interesadas en un tema. No existe actualmente más que una lista funcionando en castellano sobre medicina de familia (MEDFAM-APS, Rediris) y ninguna específica sobre la medicina de familia en el medio rural.

*IRC, chat, aplicaciones telefónicas, diálogos en directo, videoconferencia*  
Las aplicaciones IRC permiten la conversación en tiempo real con cualquier otro usuario de Internet, así como la transmisión de datos e imágenes a lo largo de esta comunicación (por ejemplo, comentar con un radiólogo una radiografía, o con un cardiólogo los detalles de un ECG, independientemente de la distancia que los separe). Esto, que se ha venido en llamar telemedicina, nos proporcionaría un flujo de información constante. Múltiples experiencias de este tipo en diversos países avalan su funcionalidad. Existen aplicaciones informáticas que añaden la transmisión simultánea de voz. Las aplicaciones con imagen en tiempo real (videoconferencia), aunque posibles y actualmente asequibles (una videocámara para el ordenador ronda las 25.000 pts.), están muy limitadas por la velocidad de la transmisión telefónica.

Todas estas aplicaciones brindan a los médicos de familia que trabajamos en el medio rural posibilidad de subsanar muchas de las dificultades que hoy día genera el aislamiento en nuestro medio, y proporcionan una mayor comunicación entre los profesionales que trabajan en él, un mejor acceso a la formación continuada, y a las fuentes de información médica, y una mayor integración con otros niveles de la atención. Para que todos pudiéramos disfrutar de estas ventajas, el desarrollo debería ser institucional y no individual.

## Líneas de investigación

Muchas de las características mencionadas en el resto del documento

confieren al trabajo en el medio rural unas peculiaridades que no quedan recogidas, salvo honrosas excepciones, ni en los tratados clásicos de atención primaria, ni en las revistas especializadas. Cuando nos enfrentamos al medio rural, nos damos cuenta que las inquietudes que nos surgen no pueden ser consultadas porque sencillamente no han merecido el interés de las personas que investigan, cuyo medio de trabajo ha sido el urbano.

En estas páginas sugerimos algunas líneas de trabajo en las que detectamos ausencias tras revisiones bibliográficas, reflexiones y discusiones:

– Los registros han permitido mejorar progresivamente los estudios de prevalencia e incidencia de problemas de salud. Existe un elevado número de estudios de morbilidad en atención primaria, pero la gran mayoría de ellos en nuestro país no subrayan las diferencias entre el medio rural y el urbano. Sin embargo, este tema aparecía como uno de los más investigados en el ámbito rural en revistas extranjeras. Sería pues necesario potenciar, por ejemplo, trabajos sobre prevalencia de enfermedades crónicas, de etiologías infecciosas según medio demográfico, riesgos...

– Otra gran línea de investigación que sugerimos pasaría por buscar y validar pruebas o criterios diagnósticos que sean más accesibles a nuestro ámbito, y que no supongan un peso adicional para nuestros pacientes.

– En una revisión sobre Medline de los últimos 5 años, se aprecia un notable interés en estudiar *diferencias en el manejo de ciertas patologías* en el medio rural respecto al urbano, y muy especialmente en la planificación familiar y la salud mental en el medio rural.

– El análisis de la *especificidad y la sensibilidad de los síntomas y signos* de un árbol de decisión en estudios clínicos reales con pacientes, esto es, cuantificar su valor predictivo, encontraría una rentabilidad mayor en nuestro medio. Por ejemplo, ¿cuál es la prevalencia de las infecciones oculares por herpes simple en las consultas de atención primaria?, ¿qué signos clínicos afectan a su probabilidad previa?, ¿qué elementos de la historia clínica y la exploración física de una cefalea aguda determinan las probabilidades previas de diagnósticos frecuentes e identifican, además, a los pocos pacientes con enfermedades graves?

– El estudio de la *relación coste-eficacia* de la descentralización de algunas pruebas complementarias de uso exclusivamente especializado y, en general, de las derivaciones nos beneficiaría más a los que trabajamos alejados de los centros hospitalarios. En definitiva, cuál es el momento óptimo en los distintos problemas de salud para realizar una consulta al nivel especializado son siempre interesantes de investigar en atención primaria. Añadir la variable de la lejanía del medio rural, o las posibles diferencias en prevalencia o incidencia nos resultaría de una utilidad inquestionable al poder variar ampliamente los resultados.

– Como ya ha sido suficientemente desarrollado con anterioridad, *las peculiaridades de la cultura rural* dotan a nuestro trabajo de especificidades a las que nos enfrentamos sin otro apoyo que el de nuestra sensibilidad y sentido común. La relación médico-paciente, las técnicas de entrevista, la atención a la familia, la actitud ante la muerte o la enfermedad, el autocuidado, estudios sobre las creencias sanitarias, la respuesta ante medidas organizativas o de control del sistema sanitario, la satisfacción del usuario y un largo etcétera son aspectos nada estudiados en el medio rural.

– El interés que despiertan en publicaciones extranjeras las *diferencias en organización y utilización de servicios*, especialmente en planificación familiar y salud mental, debe animar a nuestros profesionales a seguir esta línea de investigación.

– Las propuestas de *formación de personal sanitario* que se adapten a nuestro ámbito, así como analizar la integración de la medicina rural en la formación del médico de familia, ofrecen una fuente inagotable de estudio. – La *motivación y satisfacción en el trabajo* en el medio rural ofrece un campo de investigación injustamente olvidado en nuestras publicaciones, a diferencia de lo que ocurre en otros países. La alta rotación de los profesionales sanitarios del medio rural ha llevado a numerosos investigadores a analizar las causas de la insatisfacción que lo provocaría y a proponer soluciones. Desde aquí invitamos a que estudios cualitativos serios en nuestro medio suplan esta carencia.

Sería preciso para fomentar la investigación en el medio rural y solventar los inconvenientes que se le oponen (poblaciones escasas, mal acceso a pruebas complementarias y a bibliografías, reducido apoyo estadístico), ciertas medidas que sirvieran de estímulo. Por ello proponemos:

– La formación de redes de comunicación entre los médicos rurales que permita aglutinar a los interesados en diversos temas.

– La creación de grupos de trabajo multicéntricos sobre temas de interés común. Recordemos que los grupos de trabajo de medicina basada en la evidencia (MBE) ofrecen a los médicos de atención primaria importantes posibilidades de investigación.

– Sistemas de acceso a bases de datos bibliográficas y a bibliografía (afortunadamente, Internet soluciona en gran parte este problema).

– La palabra rural debe figurar como variable en todas las bases de datos españolas, tal como ocurre en las extranjeras.

– Facilitar la actualización de los conocimientos en investigación (cursos a distancia, por ejemplo).

Finalmente, esperamos que la potenciación de la investigación en nuestro medio otorgue a nuestro trabajo, como lo ha hecho con el resto de la atención primaria, la calidad y la seriedad que merece.

## DOCENCIA EN MEDICINA RURAL

Varias son las razones que podríamos argumentar para potenciar la docencia de la medicina de familia en el medio rural:

– La medicina rural merece ser entendida como una disciplina propia. Las especificidades del ejercicio médico rural hacen necesaria una formación que se adecue a tales características, más aún si tenemos en cuenta que previsiblemente el futuro laboral de nuestros actuales residentes pase por su incorporación al medio rural. Sería útil la rotación específica en el pre y en el posgrado. Para ello debería elaborarse un programa específico y criterios de acreditación.

– El medio rural ofrece indudables ventajas sobre la formación en el perfil profesional del médico de familia. Los elementos conceptuales clásicos de la atención primaria se pueden aprender más fácilmente en comunidades pequeñas como las rurales. En sentido inverso, la docencia

puede mejorar ciertas condiciones de trabajo en el medio rural. La renovación generacional, la obligada actualización de conocimientos, la previsible mejora de la comunicación entre el médico rural y el de especializada, el incremento de actividades de investigación, elevarían de categoría al denostado ejercicio rural.

Finalmente, partimos de una clara situación de desigualdad que es necesario corregir. Considerando los datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística INE de 1991, casi un 35% de la población española vive en poblaciones de menos de 10.000 habitantes, y sólo el 11,56% de los tutores de medicina familiar ejerce en tales poblaciones. Integrar a los residentes en las actuales comunidades rurales es un reto tanto en nuestro país como en otros países desarrollados donde han llegado a poner en marcha programas de integración.

Por todo ello, cada vez son más numerosos los autores que, preocupados por la inclusión de la medicina rural en los programas de docencia de la especialidad, publican experiencias piloto e invitan a que tal integración sea un hecho en el futuro.

## Bibliografía general

### Características sociales y culturales de la población rural

Camarero Rioja LA. Tendencias recientes y evolución de la población rural en España. Política y Sociedad 1991; 8: 13-24.

Galán Sánchez B. Pasado, presente y futuro del médico rural. Ponencia al XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Libro de Ponencias del Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria 1996. Madrid: semFYC, 1996; 46-49.

Segalen M. Roles y actividades domésticas en las familias campesinas. En: Antropología histórica de la familia. Ed: Madrid: Taurus, 1992; 177-180.

Vaquero LC. La medicina rural al filo del siglo XXI. El Médico, 30-VI-1995; 44-51.

### Funciones históricas del médico rural

Aizpuri J. Incidencia social del médico titular. Ponencia al I Congreso Nacional de Médicos Titulares. Madrid: 1987.

Albaracín Teulón A. Pasado, presente y futuro del médico titular. Ponencia al I Congreso Nacional de Médicos Titulares. Madrid: 1987.

Chavida García F. El pasado que nos une y nos separa. El Médico 1997; 648 (Supl): 26-30.

De Lorenzo A. Estatuto jurídico del médico titular. Madrid: RUAN, 1971.

- Lain Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat, 1982.
- Planes Magriñà A. Perversiones de la atención primaria. Aten Primaria 1994; 14 (9): 1045-1046.
- Portella Argelaguet E. La atención médica en el medio rural. Medicina Integral 1980; 1 (2): 119-22.
- Turabian JL. Conflicto entre atención individual y la comunitaria: ¿los árboles nos impiden ver el bosque? Aten Primaria 1993; 11 (4): 161-162.

## Ejercicio en otros países

### Diferencias en el ejercicio en el medio rural. Líneas de investigación y docencia

- Bhatara VS, Fuller WC, O'Connor Davis L, Misra LK. Improving job satisfaction of rural South Dakota mental providers through education: a pilot study. South Dakota J Med 1996; 49 (3): 93-96.
- Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
- Bravo Toledo R. Taller de medicina basada en la evidencia. Curso de medicina basada en la evidencia científica. San Juan, 1998.
- Bretones JJ, Del Pino y Pino MD, García JM, Fajardo ML, Sáez JM, Ortega I. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. Aten Primaria 1997; 20 (1): 45-48.
- Cebrián Martín C, Ruiz Bueno MP. La medicina rural en la docencia de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 1991; 8 (5): 432.
- Erkel EA, Nivens AS, Kennedy DE. Intensive immersion of nursing students in rural interdisciplinary care. J Nurs Educ 1995; 34 (8): 359-365.
- Gómez M, Baeza JE, González JA, Ávila O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. Aten Primaria 1997; 19 (6): 318-322.
- Gómez de la Cámara A, De la Cruz Bertolo J. El conflicto entre la atención individualizada o grupal. Aten Primaria 1997; 19 (1): 1-3.
- Grupo de Trabajo de la semFYC. Perfil profesional del médico de familia. Documentos semFYC. n.º 4. Barcelona: semFYC.
- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996; 107: 377-382.
- Igual D, Fernández J, Comellas C, Palomo L. Situación de la formación posgraduada de la medicina familiar y comunitaria en el medio rural. Aten Primaria 1997; 20 (2): 94.
- Jiménez Villa J. Evidencia científica en medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 1997; 20 (1): 1-2.

- Kelly L. Integrating family medicine residents into a rural practice. Can Fam Physician 1997; 43: 277-286.
- López Arrieta JM, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La colaboración Cochrane. Med Clin (Barc) 1996; 107 (15): 582-585.
- Monnickendam SM, Borkan JM, Matalon A, Zalewski S. Trials and tribulations of country doctors: a qualitative study of doctor-patient relationships in rural Israel. Isr J Med Sci 1996; 32 (3-4): 239-245.
- Murphy AW, McCafferty D, Dowling J, Bury G. One-year prospective study of cases of suspected acute myocardial infarction managed by urban and rural general practitioners. Br J Gen Pract 1996; 46: 73-76.
- Palomo Cobos L et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. Aten Primaria 1997; 19 (9): 469-476.
- Palomo Cobos L et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (y II): utilización. Aten Primaria 1997; 20 (2): 82-89.
- Pareja Bezares A. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Aten Primaria 1996; 18 (4): 151-152.
- Planes A. La atención primaria en el medio rural. Aten Primaria 1991; 4 (10): 739-740.
- Reilly MB. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria (2.ª ed.). 1995.
- Rosenthal TC, Siepell, Zubler J, Horwitz M. J Fam Pract 1994; 38 (4): 380-385.
- Schlitz AA. Identification of needs of and utilization of resources by rural and urban elders after hospital discharge to the home. Public Health Nurs 1997; 14 (1): 28-36.
- Ullom-Minnich, Kallail KJ. Physicians' strategies for safeguarding characteristics. J Fam Pract 1993; 37 (5): 445-448.
- Yapp CK, Taylor LS, Ow CY, Jamrozik K, Puddey IB. Hypertension management: a comparison of urban versus rural general practitioners in Western Australia. Clin Exp Pharmacol Physiol 1995; 22 (6-7): 447-449.
- ### Medios y recursos
- Alonso R, Barroso C. Anticoagulación en el medio rural. Aten Primaria 1998; 21: 585.
- Ambas JM, Caballero F. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid: Jarpyo, 1993.
- Bhatti S. Diagnostic ultrasonography for rural doctors. Ponencia al I Congreso Internacional de Medicina Rural. Shanghai, 1996.
- Buitrago F et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos semFYC 1995; 5.
- Córdoba R, Lou S. Métodos diagnósticos en la consulta del médico de familia. Madrid: Doyma, 1994.
- Estévez JC. El empleo de la ecografía en atención primaria. Cartas al Director 5111/97.
- Lavai-Jeantet M. Routine echography detection of severe diseases by the general practitioner. La Presse Médicale 1991; 20: 974-980.
- Orbe A. Cartas al director. Diario Médico 28-10-1997.
- Ortega de Heredia MD et al. Métodos de diagnóstico rápido en las consultas de atención primaria. Aplicaciones y futuro. FMC 1997; 7: 434-445.
- Palmer P. La radiología y la atención médica primaria. Organización Panamericana de Salud. Publicación Científica n.º 1978; 3 57.
- Rourke J. Postgraduate training for rural family practice in Canada. Ponencia al primer congreso Internacional de Medicina Rural. Shanghai, 1996.
- Soler J, Bayés de Luna A. Cardiología. Barcelona: Doyma, 1996; 452.
- Wynn-Jones J et al. Ponencia medicina rural. V Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada 1996.
- ### Problemas y oportunidades
- OMS. Oficina Regional Europea. Carta del médico general/médico de familia en Europa (borrador de trabajo). Ginebra: OMS, 1995. Palacio F et al. ABS rurals: millorant la qualitat de l'organització. Institut Català de la Salut. SAP Costa de Ponent-Tarragona-Tortosa, 1994.
- WONCA. Policy on training for rural practice, 1995.
- ### Nuevas formas de comunicación: Internet
- Internet. Centro Superior de Investigaciones Científicas. URL: <http://www.ebano.cti.csic.es>.
- Internet. Comunidad Foral de Navarra. URL: <http://www.cfnavarra.es>
- Internet. EURIPA. European Rural & Isolated Practitioners Association. URL: <http://home.rednet.co.uk/homepages/irh/eurochart.html>
- Internet. John Wynn-Jones. The Rural Health Linx. URL: <http://home.rednet.co.uk/homepages/irh/linx.html>
- Internet. Pubmed. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Internet. Rafael Bravo Toledo. URL: <http://usuarios.bitmailer.com/rafabrv/index.htm>
- Internet. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. URL: <http://www.semptyc.es>
- Lista de Distribución MEDFAM-APS. URL: <http://www.rediris.es>.
- Martín Zurro A, Cano Pérez. Atención primaria. Conceptos organización y práctica clínica. Madrid: Mosby-Doyma, 1994.
- Pritchard. Manual de atención primaria de salud. Madrid: Díaz de Santos, 1981.
- Tudor Hart J. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. Aten Primaria 1992; 1: 109-115.