



EDITORIAL

El papel indispensable de la atención primaria rural: una llamada a la acción



The indispensable role of rural primary care: A call to action

«Multiplica, multiplica tu experticia, médico cabal... persiste, persiste que aún dicen que la gratitud existe». – Hernán Urbina Joiro, del poema «Médico rural (Poema 65)».

Históricamente, al médico rural se le ha conocido como «el médico del pueblo», pero hoy es casi una especie en extinción. La medicina rural se encuentra en una encrucijada crítica que requiere una respuesta urgente a sus problemas y acciones concretas. Es una parte trascendental de la historia de nuestro país como encargada de garantizar el acceso equitativo a la salud, y en muchas áreas rurales con ella llegó su modernización. Los profesionales sanitarios son vitales para el bienestar de las comunidades rurales y la cohesión territorial.

Ser médico de familia debe ser una decisión consciente, individual y vocacional. En mi caso, me ha llevado a 45 años de ejercicio como médico rural en una pequeña localidad de la sierra de Albacete, y ha convertido esa decisión en una historia de dedicación a una comunidad, en confianza mutua y afecto, y en un profundo conocimiento de la salud y vida de esa población. Integralidad, continuidad y conocimiento acumulados, mejoran el instinto, el diagnóstico y la adherencia, reducen errores y disminuyen derivaciones y consultas fuera de horario, como mejoran la eficacia de las consultas remotas y los triajes digitales¹. La continuidad de un mismo médico de familia durante muchos años establece algo más que una simple relación médico-paciente. Desde esta perspectiva de longitudinalidad en el tiempo, redacto este editorial, conocedor de que para muchos sanitarios, el ejercicio rural es una etapa y casi nunca una meta.

«El pilar de la sanidad, la columna vertebral del sistema»... palabras, solo palabras. En las últimas décadas la atención primaria ha sido desplazada a un segundo plano. Y a pesar de eso, la relación médico-paciente en el entorno rural es única, se construye cada día, basada en confianza mutua y un conocimiento profundo de la vida de cada paciente, que permite ofrecer una atención más personalizada y efectiva, e implica una gran responsabilidad. La atención primaria en

España es una parte del sistema muy eficiente, sobre todo gracias al bajo coste que genera, pero esa austedad presupuestaria pone en peligro su subsistencia. La desviación del gasto hacia la asistencia hospitalaria es una constante en ascenso y a menudo en primaria debemos improvisar y adaptarnos a las limitaciones, sumando creatividad y conocimientos para ofrecer la mejor atención posible. La magia de la tecnología y de la superespecialización es necesaria, pero sin el filtro de los guardianes de la entrada el sistema perderá capacidad de resolución.

El aislamiento con sensación de soledad es otro desafío por afrontar. Un entorno ambiental en ocasiones idílico, que cada día te regala tragos de naturaleza, atenua, pero no suple la necesidad de abordar la modernización de las infraestructuras asistenciales y mayores dotaciones tecnológicas². La formación continuada es fundamental para mantenernos actualizados y poder ofrecer una atención de calidad a pesar de la lejanía física. Pese a estos aspectos negativos, la medicina rural ofrece grandes satisfacciones personales porque dejamos una huella real en la vida de las personas, como miembros importantes de la comunidad, y contribuimos al bienestar de la población rural, lo que compensa con creces las dificultades.

Hemos sufrido reformas nunca acabadas, contratos precarios, sobrecarga asistencial por ausencias sin cubrir, tensiones en la pandemia, falta de previsión y planificación, y un listado innumerable de obstáculos. Pero el aspecto asistencial en el medio rural es como mínimo tan enriquecedor como el urbano³. Frente al glamour del hospital, y al heroísmo de la atención de las urgencias, está el ser una persona más de la comunidad, no solo un proveedor de servicios. Nuestro reto es aprender a identificar y comprender las vulnerabilidades físicas, sociales y mentales de los pacientes, y a cuidar personas, no enfermedades, a cuidarlos como parte de una comunidad.

«La evidencia sugiere que la escasez de médicos en áreas rurales contribuye a las disparidades en el acceso a la

atención médica y los resultados de salud» (Organización Mundial de la Salud, 2016)⁴. Ocho millones de personas viven en nuestro medio rural y España afronta ya una escasez de médicos rurales. Somos un 50% de cada sexo, con una media de edad superior a los 50 años, y un tercio superamos los 60, acercándonos a la jubilación. Pronto quedarán vacantes muchas plazas de difícil cobertura, porque la medicina rural no es la primera opción para los nuevos licenciados (quizás por desconocedores del ejercicio rural). Tampoco la alta rotación en esas plazas incentiva cubrirlas. Y esa carencia de médicos en áreas rurales no solo afectará a la calidad asistencial, sino que contribuirá de forma importante a su despoblamiento, creando así un círculo vicioso de declive rural.

La administración ha permanecido impasible ante las señales que avisaban que esto sucedería. Pero ya no vale mirar atrás, sino que llegó el momento de hacer frente a esa falta de incentivos, de implementar medidas que animen a ejercer y permanecer como profesionales en la medicina rural. Solo mejorando las condiciones laborales adecuadas a cada entorno, la conciliación familiar y las oportunidades de desarrollo profesional conseguiremos que resulte atractiva como opción de trabajo a los nuevos licenciados.

«La telemedicina y otras soluciones tecnológicas pueden ayudar a cerrar la brecha en el acceso a la atención médica en las áreas rurales» (Asociación Americana de Telemedicina, 2020)⁵. Pasemos de la queja a las propuestas, que permitan corregir los actuales déficits de la medicina rural, de limitarnos a señalar lo que está mal, a luchar por un modelo asistencial enriquecedor profesionalmente. Serán muchas: implementar un sistema de incentivos que haga atractivo el ejercer de médico rural; incrementar el ritmo de inversión en modernización de los consultorios rurales, con acceso a tecnología médica actualizada; desarrollar programas de formación específicos con rotaciones rurales obligatorias durante la residencia; crear una red de colaboración entre médicos rurales para el intercambio de conocimientos y experiencias; revisar el mapa de zonas básicas de salud con base en las necesidades reales de la población rural hoy.

Mejorar solo es posible si las instituciones implicadas en la asistencia sanitaria –ministerio, consejerías autonómicas, entidades locales, colegios profesionales, universidades y sociedades científicas– se comprometen en un esfuerzo coordinado y sostenido que haga atractivo ejercer la medicina rural y garantizar una atención sanitaria de calidad como pilar fundamental de nuestro sistema de salud. Solo

mejorarlo garantizará un futuro sostenible para la atención sanitaria rural.

Desde SEMERGEN, sociedad científica, defendemos una medicina rural que conserva el valor del enfoque integral de la atención (biopsicosocial), integrada en el medio, individualizada, accesible, con un trato humano y cuidados continuados para toda la comunidad. Por eso queremos poner en valor ese entorno para el ejercicio de la medicina. En nuestro último congreso nacional rural se ha elaborado la Declaración de Úbeda⁶, que describe muchos problemas reales y formula propuestas concretas que pueden y deben mejorar la imagen y el ejercicio de la medicina rural en nuestro país. Necesitamos una respuesta eficaz y urgente. Con ella invitamos a todos los actores relevantes a unirse a ella como un llamado a la acción para asegurar un futuro sostenible y equitativo para la atención sanitaria rural en nuestro país.

Una respuesta integral al problema de la «España vaciada» debe priorizar la atención a la salud y el reconocimiento de la figura del médico rural como pilares fundamentales del sistema de salud, y esenciales para la equidad y su cohesión territorial.

Bibliografía

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blenkinsberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: A registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72:e84-90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
2. Morland P. Una mujer afortunada: historia de una médica rural. Madrid: Errata Naturae; 2024, ISBN 978-84-19158-77-2.
3. Berger J, Mohr J. Un hombre afortunado. Madrid: Alfaaguara; 2011, ISBN 978-84-204-7349-9.
4. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.
5. The American Telemedicine Association. Telehealth for rural healthcare. Washington, D. C.: ATA; 2020.
6. García Ballesteros JG, Barquilla García A, Micó-Pérez RM, Jiménez de la Cruz M, Prieto Díaz MA, Cruz Rodríguez MJ, et al. El valor estratégico de la medicina rural: Declaración de Úbeda. Semergen. 2025;51:102453.

A. González Cabrera

Médico de familia, Consultorio de San Pedro, Centro de Salud de Balazote, Balazote, Albacete, España

Correo electrónico: antoniogonzalezcabrera@gmail.com