

---

embargo, deberíamos recapacitar sobre ciertas circunstancias:

- El 47,9% de las unidades docentes no tiene ningún centro docente rural.
- No existen criterios mínimos de acreditación ni de centros ni de médicos rurales.
- Muchos residentes han sido ya formados por tutores rurales como tutores principales, sin haber tenido en cuenta las dificultades que han presentado respecto a otros de formación exclusivamente urbana: desplazamientos, escasez de recursos humanos y técnicos, tipo y volumen de la demanda, amplitud de programas tratados...

En la Unidad Docente de Don Benito-Villanueva (Badajoz) se han formado bajo estas premisas 3 residentes con resultados muy satisfactorios. Sirva esta experiencia para abrir camino al propósito del nuevo programa.

### **La luz: los residentes**

El paso por el medio rural acerca al futuro médico de familia a la esencia de la especialidad: la proximidad al paciente y sus circunstancias. La figura del médico sigue siendo la de confidente y personaje público conciliador, clave en muchos aspectos personales, familiares y comunitarios. La particularidad rural facilita el acceso a información privilegiada para abordar la atención familiar y comunitaria, así como la puesta en marcha de intervenciones que en el medio urbano encontrarían muchas trabas. La limitación de recursos físicos y materiales puede compensarse con su optimización y, por supuesto, con la garantía de que los humanos sean sólidos y bien formados. Es quizá este especial manejo de la incertidumbre y del empirismo lo que facilite el verdadero «trabajo en equipo», que a veces se hace difícil en grandes centros de salud. La unidad básica asistencial es más «básica» que nunca, pero preparada para cualquier eventualidad. Lejos de los tópicos, la medicina rural es el paradigma de la medicina de familia, y son precisamente sus connotaciones las que le proporcionan su enorme potencial.

### **La sombra: el tutor**

En el VI Congreso Mundial de la Organización Mundial de Médicos de Familia

---

## **Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia**

**Sr. Director:** El nuevo programa de formación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria incluye ya el paso obligatorio de los residentes de segundo año por centros rurales. Este medio ofrece al médico un contexto inmejorable para desarrollar los principios básicos de la medicina de familia. A esto se añade el hecho de que el futuro laboral de muchos de estos residentes estará ligado a la medicina rural. Sin

**Palabras clave:** Medicina. Rural. Docencia.

## CARTAS AL DIRECTOR

(WONCA) de Salud Rural, que se celebró en Santiago de Compostela, se resaltó entre otros aspectos la importancia de la formación de los médicos rurales y la necesidad de una mayor promoción y reconocimiento profesional. Pero el médico rural, aunque esté integrado en los centros de salud más cercanos, sigue en clara desventaja respecto a los compañeros urbanos:

– Desempeña mayores labores administrativas: apertura de historias, búsqueda y recogida de éstas, recepción de llamadas y avisos a domicilio y, en muchos casos, gestión de la cita a demanda.

– La escasa remuneración por desplazamiento no se corresponde con los kilómetros reales recorridos.

– Las condiciones y material de la consulta dependen de la colaboración y poder económico de los ayuntamientos.

– Frecuentemente, el médico rural atiende varias poblaciones distantes entre sí a lo largo de una misma mañana, con lo que programar distintos tipos de consulta es casi imposible.

– Se multiplica la variedad de patologías que hay que atender y muchas veces resolver debido a la distancia a la que está el hospital.

– Y a la hora de valorar este trabajo se emplea, con pocas diferencias, la misma cartera de servicios que en los centros de salud urbanos.

El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria se convierte en otro reto para la medicina rural. Aunque ya se venía haciendo docencia de posgrado en unidades docentes como la nuestra, se inicia esta aventura con escasa preparación del terreno. Vuelve a confiarse –como en tantas ocasiones– en la disposición altruista de los profesionales que deci-

dan colaborar y el buen hacer de las unidades docentes.

**Isabel Ana Arroyo de la Rosa<sup>a</sup>, Olga Guerrero Mayor<sup>b</sup>, Alberto Barneto Clavijo<sup>c</sup> y Teresa Güimil Salas<sup>d</sup>**

<sup>a</sup>Tutora Rural de Medicina Familiar y Comunitaria. Valdivia-Entrerriós. Badajoz. España. <sup>b</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Atención continuada de Quintana de la Serena. Badajoz. España. <sup>c</sup>Residente de tercer año en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Villanueva de la Serena. Badajoz. España. <sup>d</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Atención continuada de Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

---

Alcántara JD. Congreso WONCA Rural. El debate mundial de la medicina rural en Santiago de Compostela. Aten Primaria. 2003;32:3-5.

Gérvas J, Pérez M. Médicos rurales, médicos generales. Semergen 2006;32:107-9.

Martínez JA. La formación posgraduada en el medio rural. Semergen 2004;30:429-30.

Mendive JM. Salud rural en un mundo cambiante. Aten Primaria. 2004;33:59-60.