

EDITORIAL

La medicina rural: una visión mirando al futuro

Palabras clave: Futuro; Medicina rural; Problemas.

El trabajo del médico en el medio rural ha supuesto tradicionalmente una opción profesional de segundo rango debido a factores como el aislamiento, la falta de recursos y las precarias condiciones laborales que existían antes de la reforma de la atención primaria. Por ello, muy pocos médicos de familia ocuparon inicialmente plazas de trabajo en el medio rural; además, excepto en algunas comunidades autónomas, principalmente Cataluña, la mayor parte de los médicos rurales que trabajaban en ese momento no se integraron en la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), por lo que la medicina rural constituyó un campo muy marginal en las actividades de nuestra sociedad científica. En los últimos años, tras los concursos oposiciones realizados en nuestro país, muchos médicos de familia nos hemos incorporado al trabajo en el medio rural encontrándonos un entorno de trabajo muy heterogéneo, con importantes problemas a pesar de las mejoras introducidas por la reforma, pero también con grandes posibilidades; es posiblemente el medio que ofrece las mejores condiciones para practicar la auténtica y original medicina de familia, incluyendo campos a los que, consciente o inconscientemente, los médicos urbanos han ido renunciando en la práctica: atención al niño, al embarazo, atención a la comunidad y atención continuada, entre otras.

El grupo de trabajo de medicina rural de la semFYC nació como idea en 1996, tras la Mesa sobre el Medio Rural que se organizó en el Congreso de Granada, conjuntamente con la Sociedad de Medicina Rural y Generalista (Semergen), y se constituyó en junio de 1997. Entre los objetivos iniciales del grupo figuró la elaboración de un documento en el que se diera a conocer a los socios (muchos de los cuales son médicos en formación o interinos) las especificidades del trabajo de atención primaria

(AP) en el medio rural, con sus problemas e inconvenientes, pero también con grandes posibilidades y retos para el futuro.

El resultado es el Documento semFYC «El medio rural: una visión mirando al futuro», del que a continuación se esbozan los puntos principales.

El medio rural en España en la actualidad es un mundo muy heterogéneo; hasta los años ochenta, el aislamiento social y cultural, la economía cerrada generalmente agrícola/ganadera, la emigración y el envejecimiento caracterizaban al medio rural. Al saturarse las ciudades, con altos índices de paro, se comienza a producir un movimiento inverso con el retorno de antiguos residentes (jubilados) y los nuevos grupos sociales en busca de mayor calidad de vida (urbanizaciones). El progreso en las vías y medios de comunicación y la dotación de los servicios básicos (agua, electricidad, alcantarillado) han disminuido el aislamiento y mejorado las condiciones de vida. Por tanto, salvo en los municipios más aislados, sobre todo del norte y noroeste, el mundo rural se presenta fragmentado y heterogéneo, se diversifican las actividades y se comienza a sustituir el concepto de lo rural como atraso por calidad de vida.

Sin embargo, persisten algunas características en el medio rural que pueden influir en el trabajo del médico, como son la delimitación geográfica, las necesidades económicas más limitadas, la mayor interrelación entre las personas y familias, la mayor proximidad de las instituciones locales, una actitud más pasiva ante la enfermedad (medicina más práctica y menos intervencionista), además de la estacionalidad (mayor proporción de segundas residencias, turismo).

En este contexto, el médico de familia, formado habitualmente en el medio urbano y en el hospital, cuando llega al medio rural se encuentra en

un medio de trabajo con ciertas diferencias: en la entrevista clínica, con muchos pacientes acostumbrados a un modelo paternalista y con expectativas rígidas sobre su médico; dificultades para mantener la confidencialidad, debido a las numerosas redes familiares de los pueblos; la excesiva accesibilidad, sobre todo si el médico vive en el pueblo, que algunos pacientes aprovechan en detrimento de la calidad de vida del profesional; la menor accesibilidad al nivel secundario, que obliga a una mayor capacidad de resolución y a manejar pacientes y situaciones (niños, embarazos, cirugía, urgencias vitales), así como ciertos medios técnicos y materiales, de menor presencia en el medio urbano; la mayor incertidumbre en la práctica clínica, tanto por la menor disponibilidad de recursos diagnósticos como por la exigencia de mayor capacidad de resolución y la dificultad para acceder a la formación continuada y actualizar los conocimientos (aislamiento, lejanía de los lugares donde se realiza la formación).

No obstante, estas características también pueden ser una fuente de enriquecimiento de nuestra práctica, ya que, una vez superadas las primeras dificultades, posiblemente sea en el medio rural donde pueden mantenerse entrevistas más cálidas y de mayor empatía; la variedad de situaciones clínicas, las consultas menos masificadas, la menor demanda de servicios especializados y la mayor posibilidad de intervenir en la comunidad pueden constituir un reto atractivo para los médicos de familia. Para ello, y también para asegurar la igualdad y equidad de las poblaciones rurales en el acceso a los servicios sanitarios, se deben asegurar unos recursos materiales y humanos mínimos que actualmente están muy lejos de tener la mayoría de los consultorios rurales de nuestro país, y terminar con la incongruencia que supone la decisión de instalar

siempre los nuevos equipamientos (por ejemplo, en estos momentos la informática) en los centros urbanos, siendo posiblemente los centros rurales los más necesitados de estos avances (acceso a cita previa, rapidez de resultados analíticos, formación continuada).

Se describen en el documento las funciones históricas del médico rural en España y el desarrollo de la medicina rural en otros países, tras lo cual se analizan los problemas que a juicio del grupo constituyen en la actualidad los frenos más importantes al desarrollo de la AP en el medio rural, siempre teniendo en cuenta la heterogeneidad de las diferentes zonas. Estos problemas se pueden resumir en:

Infraestructuras: si tras la reforma se construyeron centros de cabecera adecuados, los consultorios locales en muchas ocasiones carecen de las mínimas condiciones. Se depende excesivamente de la sensibilidad individual de cada Ayuntamiento, cuya relación con los temas sanitarios ha ido evolucionando a un cierto grado de desvinculación. En cuanto a equipamiento, ya se ha hecho referencia a la informática, pero también existen carencias de determinados medios diagnósticos, sobre todo en los consultorios, en las comunicaciones (teléfono móvil) y en la atención a urgencias vitales (maletines equipados para RCP en los consultorios, vehículos equipados y monitor-desfibrilador en el centro básico).

Recursos humanos: ciertamente los ratios de población por médico son más pequeños en el medio rural, sobre todo en los municipios más alejados y aislados. Sin embargo, el médico debe asumir tareas que en el medio urbano realizan otros profesionales, como manejo de vías, realización de electrocardiogramas o inyectables, ya que no dispone de enfermero a tiempo completo, o tareas administrativas (abrir la puerta y ordenar la sala de espera, atender al teléfono, sacar las historias) y de mantenimiento del consultorio. En municipios más próximos a la ciudad, se está dando el hecho de un aumento muy importante de la población, que viene de la ciudad y exige los mismos servicios que se le daban en el medio urbano, masificando las consultas del médico rural, pero con las carencias ya señaladas. El personal de enfermería, aparte de los problemas generales en AP tras la refor-

ma en cuanto a definición de funciones, también experimenta la falta de soporte auxiliar, administrativo y en ocasiones de limpieza. La carencia de personal administrativo, con ratios oficiales menores que en el medio urbano (sólo se calculan para la población del pueblo de cabecera), resulta un problema insalvable cuando se está exigiendo por parte de las gerencias los mismos datos, registros y servicios que en el medio urbano. El papel del pediatra en núcleos pequeños (consultores, itinerantes) tampoco está claro y genera desconfianzas. **Organización del equipo:** la dispersión geográfica de los miembros del equipo, junto con la inmadurez y menor arraigo de la reforma de la AP en el medio rural, crea dificultades añadidas. Las reuniones y sesiones clínicas son escasas y con reducida asistencia, no existe conexión con las gerencias (aunque éstas conservan un gran poder de decisión) ni autonomía real.

Atención continuada: falta de medios ya comentada, escasa información a la población y abuso de demanda no urgente fuera de horario, desplazamientos de largas distancias en solitario, sin soporte técnico ni de comunicación, comidas y lavandería a cargo de los sanitarios, cansancio por la ausencia de libranzas (32 horas continuadas de trabajo), ausencia de personal no sanitario por las noches...

Relación con las instituciones locales y la población: exceso de confianza que genera la convivencia diaria en las poblaciones pequeñas, presiones por parte de los Ayuntamientos, poca participación.

Salud pública: individualismo y falta de coordinación, falta de delimitación de responsabilidades.

Formación continuada: dificultad para acceder a actividades con presencia física, poca oferta de cursos a distancia, poco contacto con el segundo nivel. Dificultad también para acceder a actividades de docencia e investigación.

A pesar de todo ello, el medio rural ofrece una serie de propiedades que hay que potenciar y mantener, y que hacen de este medio el entorno idóneo para aplicar los elementos conceptuales de la AP: la continuidad de la asistencia, el sistema de creencias y cuidados de salud, la accesibilidad, el mejor conocimiento de la comunidad y colaboración con representantes más identificables, la posibilidad

de una medicina más integrada, integral y activa, con parcelas poco desarrolladas en el medio urbano, e incluso la posibilidad de investigación (población más limitada y conocida, mayor posibilidad de seguimiento en los períodos de atención continuada y a largo plazo).

El futuro de la medicina rural requiere, por un lado, incidir en los factores que actualmente afectan a la equidad en los servicios sanitarios, asignando los recursos necesarios, y por otro lado disminuir el aislamiento aprovechando las nuevas formas de comunicación y comenzar a desarrollar actividades de docencia e investigación.

Para ayudar a conseguir estos objetivos, el Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC se ha propuesto las siguientes actividades a corto plazo:

– Realizar una propuesta de rotación en medicina rural a la Comisión Nacional de MFyC, sobre todo de cara a la ampliación de la duración del período de formación a 4 años, ya que, aunque hay centros rurales acreditados, la mayoría de los residentes terminan su formación desconociendo las peculiaridades del medio rural.

– Crear una red de médicos rurales investigadores, que permita aglutinar los intereses comunes y realizar estudios multicéntricos.

– Participar en aquellos foros en los que se pueda reclamar la asignación de recursos necesarios para que todas las poblaciones rurales y aisladas tengan acceso a unos cuidados médicos públicos de alta calidad con independencia de su localización, cultura o recursos.

Esperamos con todo ello contribuir al pleno reconocimiento de los médicos rurales y a convertir nuestro trabajo en una opción deseable para los actuales y futuros médicos de familia.

R. Alonso Roca

Coordinador del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC. Centro de Salud de Griñón (Madrid).

Grupo de Medicina Rural de la semFYC:
R. Alonso Roca (coordinador)
M. Reguant i Fosas
A. Fajardo Alcántara
C. Bertral López
L. García Burriel
B. Galán Sánchez
P. Martín-Carrillo Domínguez
D. Medina Bombardo
S. Ornia Rodríguez
P. Vela Condón