

## Medicina rural en el siglo XXI

Dos décadas después de la reforma emprendida en la Atención Primaria, la Medicina rural aún sigue manteniendo una serie de condicionantes y particularidades que la diferencian de la que se ejerce en el primer nivel asistencial de los grandes núcleos urbanos. Una mayor concienciación de la importancia que reviste por parte de las Administraciones autonómicas y de la propia Administración central, a través de un mayor protagonismo en el nuevo programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria, así como el desarrollo de las nuevas tecnologías de la información serán claves durante los próximos años en su definitiva consolidación y reconocimiento dentro del primer nivel asistencial.



Luis C. Vaquero

Una cuarta parte de la población española vive en zonas rurales, principalmente en las comunidades de Galicia y Castilla y León, así como en áreas montañosas del Pirineo y cordillera Cantábrica. Entre las características más importantes de sus habitantes se encuentra el envejecimiento, como consecuencia de la emigración que desde hace más de 50 años llevan a cabo las personas jóvenes, principalmente mujeres, que regresan en muchos casos al inicio de la vejez. Esto conlleva unos índices más elevados de frecuentación en las consultas, de demanda de atención domiciliaria y sociosanitaria, así como de derivaciones al nivel hospitalario.

Las patologías más frecuentes en el ámbito rural, según el estudio realizado por la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) "La salud de nuestros pueblos" son las enfermedades cardiovasculares, que predominan más en el sexo femenino, mientras que las toxicomanías y el cáncer tienen una menor incidencia que en el medio

urbano, al contrario de lo que ocurre con las enfermedades infecciosas, lo cual puede poner de manifiesto un déficit en salud pública más acusado en las áreas rurales.

Respecto a la actitud del paciente rural ante la enfermedad, el documento "El medio rural: una visión mirando al futuro", editado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), en 1999, advertía que pueden todavía observarse hoy en día en el medio rural una serie de características diferenciales respecto al urbano. Por otra parte, mientras que el paciente urbano se preocupa más por las causas de la enfermedad y su prevención, el rural tiende a mostrar más interés en su pronóstico y terapia, aceptando al mismo tiempo la enfermedad como un mal natural extrínseco, lo que conlleva a un mayor incumplimiento de las medidas terapéuticas que exigen una actitud activa y una también mayor indiferencia frente a patologías tales como la pérdida de visión o auditiva y, en general, a todas aquéllas asociadas a la edad, que con frecuencia no llegan a ser consideradas como tales.

Fernando Pérez Escanilla, vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG) y con una larga experiencia y conocimiento de la Medicina rural, considera que actualmente, en España, las relaciones entre médico y paciente en el mundo rural hace que la práctica médica sea más fructífera que en el medio urbano, delegándose en mayor medida la salud en el médico y produciéndose entre ambos menor tensión y más grado de confianza, lo que propicia un mejor control del paciente, no así de la enfermedad, al contrario de lo que puede ocurrir en el medio urbano. Los expertos coinciden también en que el paternalismo en las relaciones médico-paciente se encuentra más arraigado y, una vez superadas las desconfianzas iniciales, las entrevistas clínicas adquieren un mayor grado de aprovechamiento.

Todas estas características que rodean a la Medicina rural actual convierten al médico de familia en un especialista de su medio, donde los conocimientos de salud comunitaria y de ciertas patologías se hacen muy necesarias para suplir las menores posibilidades que puedan existir para la realización de pruebas diagnósticas. Las características que definen al médico de familia encuentran, por tanto, en el medio rural un terreno ideal para ser puestas en práctica, toda vez que el conocimiento de la población es mayor y, las relaciones con el paciente, más estrechas. La experiencia actual, no sólo en nuestro país sino también en el resto de Europa, demuestra que en la Medicina rural está la esencia de la Medicina de familia, a base de una mayor práctica de la Medicina comunitaria, de la atención directa con el paciente y de su continuidad, así como del mejor conocimiento de su problemática familiar.

## **Faceta "multitarea"**

Si bien la modernización de la Medicina en España, como consecuencia de las reformas estructurales llevadas a cabo en Sanidad pública española así como de los avances tecnológicos, ha eliminado gran parte de los obstáculos que históricamente han caracterizado a la Medicina rural, aún pueden advertirse algunas particularidades que suponen un cierto freno en su definitivo desarrollo. Entre ellas puede mencionarse el mayor aislamiento del médico, sobre todo en núcleos poblacionales menores y que afecta no sólo al desarrollo de la actividad profesional, sino también al entorno familiar en el caso de que también se resida en ellos.

Por otra parte, esta característica del aislamiento en la práctica de la Medicina rural repercute, por ejemplo, en una menor accesibilidad al nivel hospitalario, tanto por parte del médico como de los pacientes. Sin embargo, la mancomunidad de servicios que poco a poco se ha ido estableciendo en el medio rural español, junto a los avances en las tecnologías de la información, han contribuido en considerable medida a paliar ese aislamiento que ha caracterizado a la Medicina rural española a lo largo del siglo XX.

Otra característica que aún persiste en la Medicina rural y que en buena medida puede considerarse consecuencia del aislamiento es la falta de personal de ayuda al médico de familia, que le obliga a realizar múltiples tareas en los consultorios rurales y constituye una de las cualidades más valorables del médico rural: la polivalencia.

La faceta multitarea obliga al médico rural cuando realiza su trabajo en consultorios locales de pequeñas poblaciones a asumir labores que van desde las de tipo meramente administrativo, que repercuten en su trabajo cotidiano y le obligan a una mayor concentración, hasta a desempeñar labores que habitualmente tiene encomendada la policía local, en el supuesto de que allí no exista.

En el marco asistencial también resulta frecuente en muchas comunidades autónomas la práctica por parte del médico de familia de tareas que hace más de una década jamás realizaba, como el control de anticoagulantes, la realización de electrocardiogramas, la insulinización de diabéticos o la cirugía menor, así como también de la atención pediátrica.

## **La faceta "multitarea" a la que está expuesto el profesional en el ámbito rural le obliga a realizar funciones que van más allá de su labor asistencial**

Pero la falta de recursos humanos en núcleos de población pequeños parece a día de hoy difícil de solucionar lo que hace que, como indica Jaume Banqué, del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), "generalmente el médico rural tenga el concepto de servidor de la población, no importándole hasta cierto grado llevar a cabo otras tareas que no tiene más remedio que realizar si se quiere que la población esté bien atendida".

Esas particularidades de aislamiento y falta de personal de apoyo hacen que la coordinación entre médico y personal de enfermería cobre mayor importancia en el medio rural que en el urbano, donde las funciones de ambos profesionales se encuentran más claramente diferenciadas. Por otra parte, a la falta de personal de apoyo se une la del propio personal facultativo, que si bien afecta a todos los niveles de la Sanidad española es en el medio rural donde tal vez se hace más patente y se ve amplificada por una mayor demanda de la población que, como indica Pérez Escanilla, hace un uso más masivo de las consultas de Atención Primaria que en las zonas rurales. A todo esto habría que añadir el retorno de muchos jubilados a sus poblaciones rurales de origen y la afluencia de turistas vacacionales, que a menudo acuden a consulta con falta de información adicional a su patología, tal como historia clínica, etc. En el caso de los usuarios y cuanto menor es la localidad en la que residen, ven restringido el derecho a la libre elección de médico a menos que opten por desplazarse a otro municipio distinto al de su residencia.

Retribuciones fijas brutas del médico general/de familia rural (2005)						
Servicios de Salud	Propietario sin guardias y sin exclusiva		Propietario con exclusiva y guardias		Interino con exclusiva y con guardias	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Andalucía	2.403,61	32.459,29	3.953,22	51.054,59	3.747,72	48.177,59
Aragón	3.201,26	42.615,51	4.175,58	54.307,35	3.845,08	49.930,35
Asturias	2.706,18	36.674,54	3.996,13	52.153,94	3.790,63	49.276,94
Baleares	3.718,37	48.820,82	4.550,87	58.810,82	4.345,37	55.933,82
Canarias	3.311,72	43.941,02	4.397,73	56.973,14	3.783,55	49.191,98
Cantabria	2.712,11	37.020,73	4.011,57	52.614,25	3.806,07	49.737,25
Castilla y León	3.475,39	45.320,73	4.013,39	51.776,66	3.807,89	48.899,66
Castilla-La Mancha	2.578,28	35.139,75	4.074,24	53.091,27	3.868,74	50.214,27
Cataluña	3.396,31	44.894,46	3.831,09	50.981,38	3.076,70	41.517,70
Ceuta y Melilla	3.403,02	44.452,22	4.702,46	60.045,50	4.269,41	54.437,90
Extremadura	2.516,77	36.787,33	3.836,98	52.629,05	3.631,48	47.367,15
Galicia	2.903,33	38.455,99	4.383,15	56.213,83	3.927,65	50.136,83
Madrid	3.678,41	48.341,31	4.215,41	54.785,31	3.759,91	48.908,31
Murcia	3.415,22	44.598,62	4.624,17	59.106,02	4.418,67	56.229,02
Navarra	3.139,41	42.826,38	4.646,04	62.097,20	4.013,85	53.246,54
País Vasco	3.158,46	41.305,73	4.347,70	56.394,92	3.607,50	47.032,12
Rioja	2.795,81	37.750,11	4.132,26	53.787,51	3.926,76	50.910,51
Valencia	3.219,15	42.245,78	4.127,23	53.142,74	3.713,65	47.768,78
Media de España	3.096,27	41.313,90	4.223,29	54.998,13	3.852,26	49.950,93
Máximo de España	3.718,37	48.820,82	4.702,46	62.097,20	4.418,67	56.229,02
Mínimo de España	2.403,61	32.459,29	3.831,09	50.981,38	3.076,70	41.517,70

Fuente: "Retribuciones de tres tipos de médicos rurales en España. Año 2005. Estudio comparativo de los Servicios de Salud en el año 2005 y evolución 2003-2005". Vicente Mateo Aguilera.

La atención continuada supone otra de las actividades en las que el médico de familia que ejerce en el medio rural cuenta con condicionantes que no se dan en las ciudades. En la década de los 80, la reforma de la Atención Primaria supuso un gran salto adelante en la Medicina rural, racionalizándose los recursos, tanto humanos como materiales, acercándolos a todos los núcleos de población; sin

embargo, los Puntos de Atención Continuada han quedado ubicados en los centros de salud de las poblaciones cabeceras de zona.

Esta concentración de la atención de urgencias en las localidades cabeceras de las zonas de salud ha dejado a los pequeños núcleos rurales desprovistos de un servicio inmediato que antes tenían con la presencia y disponibilidad del médico las 24 horas del día. Ante esto puede darse la circunstancia de que el propio médico resida también en la población donde pasa consulta habitualmente, en cuyo caso verá potencialmente ampliada su jornada más allá de su turno pues siempre habrá alguien que acuda a él en casos más o menos extremos.

Por otro lado, y como indica Ana de Santiago, vocal de Formación y MIR de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), mientras en la Medicina de Familia que se practica en el medio urbano se van separando cada vez más la atención de urgencias y emergencias de la meramente asistencial, en el medio rural el facultativo se ve obligado a menudo a atender todo tipo de urgencias por el simple hecho de ser el que se encuentra más cercano y, por tanto, el primero en acudir.

El estudio "La salud de nuestros pueblos", anteriormente mencionado, apunta, en este sentido, como conveniente la distribución equilátera de los PAC, que facilite la accesibilidad de la manera más rápida y ubicar UVIs móviles en los PAC de las zonas más lejanas a los hospitales de área.

### **Desigualdades en la dotación de equipamiento**

En cuanto al déficit histórico de medios técnicos y diagnósticos que llega hasta la actualidad en el medio rural, la reforma de la Atención Primaria supuso una considerable mejora en cuanto a infraestructuras, modernizándose los consultorios locales existentes o construyéndose otros nuevos con la participación conjunta de las CC.AA. y los propios ayuntamientos. Esta participación más activa de los gobiernos autonómicos ha supuesto, no obstante, la aparición de significativas desigualdades entre unas comunidades y otras.

En general, puede afirmarse que las mayores carencias de equipamiento se producen, sobre todo, en los consultorios de pequeñas localidades rurales, en los que si bien se llevan a cabo extracciones semanales y se dispone de oxigenoterapia, el problema mayor surge a la hora de tener que realizar pruebas radiológicas o ecografías, que hoy en día pueden considerarse más como verdaderos instrumentos de diagnóstico que pruebas complementarias. La localización de la tecnología en los centros de salud obliga, por tanto, a la población a tener que desplazarse a las

localidades donde éstos se ubican y al médico de familia solventar las carencias con sus habilidades diagnósticas y la exploración física, que aún hoy sigue constituyendo una herramienta de primer orden.

El aislamiento y el déficit de recursos humanos y técnicos hacen que la incertidumbre, de por sí característica del ejercicio de la Medicina de familia, sea en el médico rural más acusada y el grado de variabilidad diagnóstica supere también a la existente en entornos urbanos. Es por ello que la Medicina basada en la evidencia adquiera en el medio rural un mayor significado y se constituya en elemento de gran importancia ante la inseguridad que las propias características del entorno suscitan en la consulta diaria.

### **El aislamiento y el déficit de recursos provocan un mayor grado de incertidumbre al médico rural a la hora de ejercer su actividad asistencial**

El médico rural precisa de una gran capacidad resolutive, por lo que el profesional deberá adquirir una serie de habilidades específicas que habrá de emplear con una mayor frecuencia que en el medio urbano.

### **Dotación tecnológica**

Una de las mayores bazas con que cuenta la Medicina rural en estos momentos para poner fin a los signos de aislamiento que en cierto modo aún perdura se encuentra en el mayor desarrollo de las nuevas tecnologías, cuya introducción ha comenzado ya a dar sus frutos, aumentando el volumen de información disponible y democratizando de alguna forma dicha situación de aislamiento. No obstante, aunque la informatización de los consultorios locales ha avanzado de forma considerable en los últimos años, aún queda mucho camino por recorrer, ya que en muchos centros de salud todavía es utilizada de forma casi exclusiva en tareas administrativas, tales como la gestión de la tarjeta sanitaria, la cita previa o la cartera de servicios. Un impulso a la telemedicina ayudará en gran medida al desarrollo profesional del médico que ejerce en zonas no urbanas y puede suponer el repunte definitivo de la Medicina rural española.

Jaume Banqué considera que el reconocimiento de la Medicina rural ha mejorado en España, pero queda mucho por hacer: "mientras en muchos países la Medicina rural tiene un tratamiento específico y diferenciado dentro de la Medicina de familia, en España la Atención Primaria va después de la hospitalaria y, dentro de aquélla, la Medicina rural ocupa la última posición, al contrario de lo que ocurre en otros países, donde dispone de un mayor peso, con sólidas estructuras, comunidades académicas propias, soporte institucional, mayores avances tecnológicos,...".