

Documentos semFYC



**El medio rural:
Una visión mirando al futuro**

Nº 11



semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



EL MEDIO RURAL: una visión mirando al futuro

Grupo de Trabajo de Medicina Rural de la semFYC:

Coordinador: *Rafael Alonso Roca*

Integrantes: *Bertral López, Carme
Galán Sánchez, Bernabé
García Burriel, Luís
Fajardo Alcántara, Angélica
Martín-Carrillo Domínguez, Pilar
Medina Bombardo, David
Ornia Rodríguez, Sabino
Reguant Fosas, Miquel
Vela Condón, Pablo*

Compiladoras del documento:

*Fajardo Alcántara, Angélica
Martín-Carrillo Domínguez, Pilar*

ÍNDICE

Introducción	5
1. El medio rural: aspectos demográficos, geográficos y socio-culturales	7
1.1. Características sociales y culturales de la población rural	7
1.2. Evolución de la población rural en España	7
1.3. Características de la población rural	8
2. El trabajo del médico en el medio rural	13
2.1. Funciones históricas del médico rural	13
2.2. La medicina rural en otros países	17
2.3. Situación actual	19
Diferencias en el ejercicio en el medio rural	19
Medios y recursos	20
3. Problemas y oportunidades del trabajo en el medio rural	27
A. Problemas	27
B. Oportunidades	32
4. Líneas de futuro	35
4.1. Nuevas formas de comunicación: Internet	35
4.2. Líneas de investigación	37
4.3. Docencia	39
5. Bibliografía	41
Anexo	
Carta para el médico rural europeo	45

INTRODUCCIÓN

El medio rural ha sido clásicamente definido en función del número de habitantes, obviando sus características socioculturales. Este medio es mucho más heterogéneo que el urbano, existiendo gran disparidad entre núcleos aislados de pocos habitantes y poblaciones cercanas a la ciudad.

La progresiva industrialización y la mejora de la comunicación entre ambos ámbitos han creado un espacio común más amplio para todos. Pese a ello, las diferencias persisten en detrimento del medio rural. Estos desequilibrios se reflejan también en la atención sanitaria, a pesar de las mejoras introducidas por la reforma. El trabajo del médico rural ha sido tradicionalmente visto (y en ocasiones se sigue viendo) como una opción profesional de segundo rango, pero pensamos que es simplemente diferente al del urbano.

El objetivo de este documento es aportar reflexiones sobre las especificidades del medio rural, sus ventajas, inconvenientes y cómo podemos afrontar los retos del futuro. Los miembros de este grupo estamos convencidos de que potenciando las ventajas y minimizando sus deficiencias, podemos conseguir convertir nuestro trabajo en una opción deseable para los futuros médicos de familia. El progreso de la tecnología puede facilitar la intercomunicación y el desarrollo de una medicina de mejor calidad.

Creemos que el medio rural ofrece al médico de familia mayores posibilidades de practicar una verdadera medicina de cabecera, integral e integrada. Razones para convencer las encontraréis en este documento. Esperamos y deseamos que éste sea el inicio de un largo camino por recorrer de los profesionales sanitarios rurales hacia su pleno reconocimiento. Es el reto al que invitamos a todos.

EL MEDIO RURAL: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, GEOGRÁFICOS Y SOCIO-CULTURALES

1.1 Características sociales y culturales de la población rural:

En España el Instituto Nacional de Estadística (INE) define como hábitat rural a aquellas zonas donde los municipios poseen una población inferior a los 2.000 habitantes; como semiurbano o semirural, entre los 2.000 y 10.000 habitantes; y como urbano, a los municipios con más de 10.000 habitantes. En el Servicio Nacional de Salud, sin embargo, para definir centros rurales se añaden otros criterios como la dispersión geográfica, es decir, la distancia desde los diferentes núcleos que pertenecen al centro de salud hasta el municipio de cabecera. En estos centros pueden coexistir núcleos rurales con otros semiurbanos.

El hábitat rural mantiene su importancia en España, sobre todo en torno a las áreas de montaña. En Galicia, la mayor parte del antiguo reino de León y en buena parte de los sistemas Central e Ibérico (Ávila, Segovia y Teruel), más de la mitad de la población vive en este medio. El litoral Cantábrico, Palencia, Burgos, Salamanca, Cáceres, Soria, Guadalajara, Cuenca y el Pirineo (Huesca y Lérida) tienen más de la tercera parte de población rural. Por último, con al menos la quinta parte de población rural, se encuentran Albacete, Granada, Murcia, Almería, Navarra, Gerona, La Rioja y el archipiélago Canario.

En este capítulo se hará un repaso de la evolución demográfica en los últimos 50 años en los núcleos rurales, que contribuirá a comprender las características de la población rural con la que trabajamos en la actualidad.

1.2 Evolución de la población rural en España:

Las características fundamentales que definen la pasada evolución del mundo rural son el éxodo y la desagrarización. La primera comporta la despoblación y el envejecimiento. La industrialización y la internacionalización de los mercados agrarios llevaron a la segunda. La desagrarización provocó bien la especialización de una región en unos productos, bien el abandono de la actividad y por tanto el empobrecimiento.

La emigración caracterizó los fenómenos demográficos en el hábitat rural ya desde siglos pasados, en que la mayor parte de los emigrantes transatlánticos pertenecían a sociedades rurales. Las prácticas sucesorias tendían a mantener la unidad de explotación agraria obligando a emigrar a los que la herencia separaba de la actividad.

A fines de siglo XIX y comienzos del XX, la fuerte industrialización produjo una sangría humana de los pueblos a las ciudades. La Guerra Civil detuvo este proceso, con una leve reagrarización, pero posteriormente el bajo nivel de industrialización español cambió la dirección de la emigración, que se dirigió a las aglomeraciones metropolitanas europeas. Es entre 1955 y 1965, en un nuevo proceso de industrialización, cuando el despoblamiento rural alcanza su máxima intensidad. Además, la población emigrante es activa y joven, y corresponden a una generación ya de por sí escasa (los nacidos en el periodo 1935-1940) con predominio del sexo femenino, lo que conlleva fuertes desequilibrios en la población rural, envejecida y con una fuerte merma de la capacidad de relevo generacional. Así, a comienzos de la década de los 80, el panorama es desolador, con un crecimiento vegetativo negativo.

Sin embargo, en ese momento se produce una evidente ralentización del flujo migratorio del campo a la ciudad, que viene dado, por una parte, por el agotamiento de la mano de obra rural, pero sobre todo por la pérdida de atractivo de la ciudad, con altos índices de paro. En este contexto (pueblos vacíos y ciudades saturadas) se produce un movimiento inverso, con el retorno de antiguos residentes (jubilados o prejubilados con lazos familiares o pequeñas propiedades) y la creciente atracción del medio rural sobre nuevos grupos sociales. Estos colectivos tienen gran interés, ya que son habitantes procedentes de las ciudades que buscan mayor calidad de vida y generan nuevos núcleos (urbanizaciones). En este proceso de descentralización primero se pueblan las franjas suburbanas con mejores vías de comunicación, pero más adelante la disponibilidad de medios de transporte y la mayor flexibilidad laboral de las clases medias altas permiten a éstas acceder a lugares más lejanos. Se trata, por tanto, de personas con mayor nivel cultural y económico, dependientes de las áreas metropolitanas, en contraste con la población nativa, envejecida, con menores ingresos y más arraigados al lugar. La convivencia entre estos grupos no está exenta de conflictividad, puesto que su llegada puede encarecer el coste de la vida y puede afectar la cohesión social.

El descenso de la actividad agraria es contrarrestado por el aumento de su uso turístico y residencial, salvo en los lugares favorecidos por la industrialización. En éstos la creciente demanda de servicios hace que pierdan el concepto de ruralidad para convertirse en agrocidades (Mediterráneo, Andalucía, Valle del Ebro). Los nativos deben buscar alternativas al empleo agrario, trabajando gran parte de ellos fuera de su municipio o realizando el trabajo en casa, sobre todo el colectivo femenino. En las zonas rurales más alejadas, estos desplazamientos tienen carácter temporal, de largo recorrido (a centros turísticos, recolecciones, etc.). La explotación agraria es más un ingreso complementario al del trabajo principal.

El mundo rural se presenta en los 90 como un mundo fragmentado y heterogéneo. La ruptura de la relación entre ruralidad y agricultura, la diversificación de actividades, y la sustitución del concepto urbano de lo rural como lugar de atraso por calidad de vida, ofrece un mundo de fuertes contrastes que ha perdido su unicidad e independencia.

1.3 Características de la población rural

Existen una serie de características sociales y culturales que definen la población rural con mayor o menor grado de "ruralidad", no siempre dependiendo del tamaño de los

municipios. El progreso en los medios y vías de comunicación ha disminuido el aislamiento social y cultural de estas poblaciones, que las dotaba en el pasado de una clara homogeneidad que ya no existe. Algunas de estas características se intentarán definir a continuación, fundamentalmente en lo que respecta a la influencia que pueden tener en el trabajo del personal sanitario de atención primaria en el medio rural.

- **Delimitación geográfica:** en el medio rural la población se sitúa, con mayor o menor dispersión, en un marco geográfico bien delimitado, lo que hace más fácil al profesional conocer su población diana y su problemática.

- **Condiciones de vida:** existen cada vez menos diferencias con los núcleos urbanos. Hoy en día es difícil encontrar carencias de agua potable, luz eléctrica, pavimentación, alcantarillado o buenas comunicaciones (teléfono, carreteras). Las necesidades económicas son más limitadas que en los núcleos urbanos aunque, en general, y por lo que ya se ha comentado, en las últimas décadas se ha producido un empobrecimiento de los habitantes de los núcleos rurales.

- **Integración de la actividad laboral y social en el entorno del pueblo:** la población rural tradicional desarrolla casi toda su actividad laboral en el pueblo, con una economía cerrada, generalmente agrícola/ganadera, o bien otro tipo de trabajos en la propia casa. Esto no siempre es así pues, como se ha comentado, muchas veces los habitantes rurales tienen que buscar su sustento fuera de su municipio, y además en los núcleos rurales más próximos a los urbanos, se asiste a un aumento de población trasladada desde éstos en busca de tranquilidad y calidad de vida, con una dependencia social y laboral de las grandes urbes.

- **Estacionalidad:** existe una gran proporción de segundas residencias en el hábitat rural español, salvo en el norte y noroeste donde el rural es el hábitat predominante, lo que produce un fuerte aumento de población en primavera y verano. El carácter de ocio y recreo que van adquiriendo los núcleos rurales atrae a personas procedentes de la gran ciudad que demandan los mismos servicios que tienen en ésta, lo que provoca no pocos quebraderos de cabeza al médico rural, sobretodo en zonas turísticas por los visitantes y trabajadores temporales.

- **Sociología rudimentaria** (aislamiento, intimidad familiar, ritmo vital parsimonioso, comunidad con la naturaleza) que conlleva un mayor conocimiento y fuerte interrelación entre las personas y familias del propio pueblo y, por ende, el auge del "comadreo" y la transmisión rápida de sucesos y opiniones, a veces deformados, incluyendo los ocurridos en el interior de la consulta. Esto obliga en algunos casos a desarrollar estrategias de confidencialidad llegando incluso a ser necesario dispensar los cuidados sanitarios oportunos fuera de su localidad. Esta autarquía social típica de las comunidades rurales también será atacada por la llegada de los nuevos residentes provenientes de los núcleos urbanos.

- **Características culturales:** puede todavía observarse en el medio rural un sistema de creencias de salud con características especiales. Aún se conserva el modelo de fami-

lia extensa, con un sistema de cuidados de salud que la implica más, con la figura femenina responsable del cuidado de la casa y las personas que en ella habitan, y por tanto constituye un recurso en el cuidado de las personas mayores y enfermas. El anciano válido permanece durante mayor tiempo en su domicilio, y esto es así porque existe una red social y familiar más fuerte, y por el mayor arraigo a su entorno habitual. Raramente requieren ayudas institucionales. Asimismo, las mayores relaciones interpersonales entre las familias proporcionaban con frecuencia ayuda suplementaria. El enfermo terminal y sus familias demandan aquí generalmente la permanencia en el domicilio, y se aprecia la idea de "morir en casa", al contrario que en el medio urbano donde hay una mayor presión al ingreso. Sin embargo, la despoblación de las comunidades rurales, más pequeñas por la emigración de los jóvenes, ha hecho que las personas ancianas queden en cierto modo desamparadas ante un problema de salud y sean necesarios traslados a los domicilios urbanos de los hijos, con todos los problemas que ello crea tanto a las familias como a los ancianos.

La población rural se preocupa más por lo que tiene que hacer para encontrarse mejor y por el pronóstico de su enfermedad. Parece que el ciudadano urbano se pregunta más por la causa de su enfermedad, y qué tiene que hacer para evitarla. Creemos que este diferente planteamiento nace más bien del sentido práctico que caracteriza a personas en permanente contacto con los caprichos de la naturaleza. De estos modos de pensar se deriva a su vez, otra peculiaridad en la demanda de la población rural: su resistencia a practicar actividades preventivas y su refractariedad a considerarse sujetos activos en su propia salud. Tanto más si ello exige someterse a ciertos sacrificios o pruebas y desplazamientos molestos, y ocurre de forma más acentuada entre los mayores. La aceptación de la enfermedad como un mal natural extrínseco conduce de una parte a una rebeldía en el cumplimiento de las medidas terapéuticas, particularmente aquellas que, como decimos, exigen una actitud activa, y las que no tienen un efecto positivo inmediato sobre la enfermedad, y de otra a la indiferencia frente a patologías que para muchos no son tales, como la pérdida de agudeza visual y auditiva con la edad, la demencia, el temblor, la impotencia, o la obesidad. Existe una tendencia muy acusada a culpar a agentes externos de sus molestias (la tensión arterial o el azúcar) y paralelamente a buscar remedios externos que los combatan.

En definitiva, podríamos decir que la población rural adopta una actitud más pasiva ante la enfermedad y exige una medicina más práctica y menos intervencionista y agresiva que sus conciudadanos urbanos. La comprensión de estas diferencias nos facilita poder entender que la figura del médico paternalista y con autoridad haya prendido con tanta fuerza en el medio rural, tendencia que en nuestra opinión, ha destrozado los muros de un rico sistema de autocuidados cuya recuperación es uno de los desafíos más importantes de la medicina rural actual.

• **Relación médico/población:** las características citadas anteriormente dan lugar a unas relaciones entre el médico rural y la población en cierto modo diferentes a las que se establecen en el medio urbano, que es mucho más individual (médico-paciente). En el hábitat rural generalmente el médico lo es de todo el pueblo, y sus actos probablemente serán objeto de observación y comentario. Pero asimismo, el profesional, dado su mayor conocimiento de la comunidad, puede intervenir con mayor eficacia a nivel comunitario. Además, la población rural tradicional suele presentar un mayor nivel de

confianza y seguimiento de las recomendaciones de su médico de cabecera que en los núcleos urbanos. Estos aspectos serán desarrollados en el capítulo "diferencias en el ejercicio de la medicina rural".

• **Relación directa con las instituciones públicas o privadas de la población:** la relación con alcaldes, corporaciones locales, etc... es más directa y personal en los núcleos rurales, lo cual puede ser una ventaja o un inconveniente. La movilización de recursos ajenos a los sanitarios es más fácil. Sin embargo, los profesionales sanitarios pueden sufrir mayor presión para mantener su independencia (confidencialidad, igualdad...).

En resumen, las características socioculturales tradicionales propias de la población rural, cambian a medida que se produce la llegada de nuevos habitantes provenientes de núcleos y la mejora de los transportes y medios de comunicación.

2.1 Funciones históricas del médico rural

A lo largo de la historia de la medicina han evolucionado los modos de curar, pero los grandes avances y los médicos de renombre no se encuentran en los pueblos precisamente, sino en los grandes núcleos de población. Es posible que gran parte de los actuales médicos que trabajan en las zonas rurales no conozcan la historia de sus antecesores, y por ello es bueno que comencemos por investigar un poco de la misma.

En líneas generales, podemos decir que tradicionalmente el médico rural ha sido sinónimo de médico Titular y que, a pesar de la enorme importancia de su función, ha sido desconsiderado por la Administración, quien se ha aprovechado siempre de su aislamiento y de la falta de apoyos de otros compañeros. Han pasado muchas generaciones, y la figura del médico rural se ha ido transformando y adaptando a los tiempos.

A pesar de que en ocasiones haya sido menospreciado, parece claro que por mucho que cambien los sistemas de salud, el médico rural siempre será imprescindible.

La figura del médico Titular comienza a conocerse a mediados del Siglo XIII, cuando Alfonso X El Sabio promulga su Fuero Real. En el título 16 de la Ley 1 se establece que "ningún home obre de Física si no fuere antes aprobado por buen Físico por los Físicos de la Villa do hubiere de obrar e por otorgamiento de los alcaldes". Vemos claramente que hay una dependencia total de la autoridad local que le confería el título, de ahí lo de Titular.

Posteriormente el destino de los médicos rurales no sólo estuvo en manos de los alcaldes sino también de los vecinos, quienes incluso establecían la duración y renovación de los contratos si la Junta de Veintena reconocía el mérito y buen comportamiento de los mismos.

La historia de la Sanidad Pública en España se puede dividir en varias etapas:

- Una primera etapa, hasta mediados del siglo pasado, en que no está institucionalizada la salud pública. No quiere esto decir que las administraciones públicas no se preocuparan del cuidado de la salud, sino que no existía un corpus jurídico orgánico que se dedicara a prestar servicios permanentes de Salud Pública. En este periodo un Reglamento de las Academias de Medicina y Cirugía (1830) establece que la elección de los médicos rurales se haga mediante oposición, e incluso su separación no se pueda hacer si no es por una causa probada y previa audiencia a la Academia del distrito. El 15 de enero de 1831 se reglamenta el Cuerpo de Médicos Titulares. El médico titular debe-

ría ser “uno de los que designe en una terna, mi Real Junta Superior, formada de los más dignos y meritorios entre todos los aspirantes, cuyos memoriales...”. Vemos cómo hay interés en que los escogidos sean los más expertos y sobre todo que fuesen médicos con título. Hasta entonces, como hemos dicho, sus funciones habían sido desempeñadas por los facultativos nombrados por los ayuntamientos para la asistencia de los enfermos pobres (Beneficencia Municipal o Asistencia Pública Domiciliaria) y cumplimiento de los demás servicios sanitarios en la localidad respectiva (Policía Sanitaria e Higiene y Sanidad Públicas). Posteriormente una Real Orden de 21 de marzo de 1846 da más libertad a los Ayuntamientos para el nombramiento de médicos titulares previo permiso del jefe político provincial. El Real Decreto de 5 de abril de 1854 determinó la clase de facultativos (médicos, farmacéuticos y cirujanos) que debería haber en cada pueblo según las circunstancias de estos, determinando así mismo sus haberes. No estuvo libre el médico rural de la influencia de los caciques del pueblo ni de la autoridad municipal que en ocasiones le han exigido realizar actos médicos innecesarios, absurdos y humillantes, impuestos por los alcaldes en su condición de Presidentes de la Sanidad Local. Como botón de muestra de este descrédito transcribimos a continuación un significativo párrafo de un manifiesto que publicaron los médicos titulares en 1835: “Cumplió el año y sale a cobrar; quien le manda esperar con intención de no pagar, cual le echa en cara que no merece el corto estipendio, porque salió dejando al enfermo o porque se retrasó en la visita, otro que le pagará en leña, aquél le enviará garbanzos, y el rico ceñudo, mirándole con desdén le negará el pago, porque oyó toser con poca atención al niño que se le acatarró o se le olvidó mirar la orina. Si el rico se descontenta, influye para que vaya otro médico, ofreciéndole y engañándole otra vez, alimentando la rivalidad entre los dos; el pueblo entero la fomenta para robarles sus honorarios y eludir el pago, este se divide en bandos, y cuando salen por las calles a enganchar igualados, se oyen indecorosas voces de quien quiere médico bueno y barato”.

• La segunda etapa se inicia con la promulgación de la primera Ley Orgánica de Sanidad, el 28 de Noviembre de 1855. En ella se insta a los Ayuntamientos a contratar médicos titulares con el consentimiento y concurso de los vecinos, y se exige responsabilidad si a causa de no disponer de médico titular falleciese algún indigente sin asistencia facultativa. Esta Ley tiene otros puntos importantes como la creación de Beneficencia Domiciliaria, a cargo de los Ayuntamientos, con la responsabilidad de crear las plazas de personal sanitario encargado de dicha asistencia y la asignación al personal facultativo anterior de la función de asesoramiento científico a los Ayuntamientos. Se hace, por tanto, un contrato entre Ayuntamiento y Facultativo en el que se especifican las obligaciones y derechos de las partes, así como el listado de familias pobres beneficiarias de asistencia y la asignación anual que percibiría el médico titular. La precitada Ley se desarrolla posteriormente mediante las Reales Ordenes de 22 de junio de 1859 y 23 de abril de 1862. El 14 de junio de 1891 se aprueba un Reglamento que organiza el servicio benéfico-sanitario de los pueblos, de esta manera: “Existirán en todas las poblaciones que no excedan de 4000 habitantes médicos titulares, que tengan el título de licenciado o doctor en medicina. Son deberes de estos facultativos, además de la asistencia gratuita a las familias pobres, la vacunación y asistencia a los nacimientos y abortos que ocurrieran en el domicilio de éstas o en cualquier asilo municipal; prestar los servicios sanitarios de interés general, dentro del término jurisdiccional; auxiliar con sus conoci-

mientos científicos, dentro de su demarcación, a las Corporaciones municipales...; comprobar y certificar gratuitamente las defunciones; auxiliar a la administración de justicia; y prestar en casos de urgencia... aquellos servicios que por el gobernador de la provincia se les encargasen en los pueblos cercanos al de su residencia”. La Real Orden de 13 de mayo de 1902 declara incompatibles los cargos de médico titular y forense; esta incompatibilidad se aclara mediante otra R.O. de 5 de junio de 1903, por la que se permite que se pueda servir gratuitamente del médico titular en caso de no disponer de forense. El 12 de enero de 1904 se promulga el Decreto que aprueba la Instrucción General de Sanidad que actualiza y recoge nuevas concepciones y realidades sanitarias.

Se determina que para el servicio de asistencia a los enfermos pobres todos los ayuntamientos dispondrían de un médico titular al menos por cada 300 familias indigentes, y que estos médicos contratarían sus servicios en la forma ordenada en el reglamento de 1891; para ingresar en este estamento sería necesario haber estado al menos cuatro años en la plaza o bien seis años en varias, ser doctor o licenciado en medicina y haber obtenido el diploma de aptitud especial mediante oposición. Aunque la creación del cuerpo de médicos titulares tuvo lugar en 1831, como hemos visto, su Reglamento no alcanza rango de Decreto hasta el 11 de octubre de 1904. En mayo de 1911 se presenta en las Cortes un proyecto de Ley de Bases para la organización de los servicios de Sanidad, que no pasa el trámite parlamentario y por consiguiente no es aprobado. Ante las crecientes necesidades de Salud Pública, se dictan los Reglamentos de Sanidad Local y Sanidad Provincial, respectivamente el 9 de febrero y el 20 de octubre de 1925. Por ellos, se van desligando los médicos titulares de la directa dependencia de los alcaldes. Es la Orden de 27 de enero de 1931 la que aprueba el primer escalafón del cuerpo de médicos titulares. Progresivamente se consigue una mayor autonomía de la autoridad municipal con la Ley de 15 de septiembre de 1932 y por Orden Ministerial de 7 de marzo de 1933. El 25 de diciembre de 1933 se crea el Ministerio de Sanidad, Trabajo y Previsión. El 11 de julio de 1934 se aprueba la Ley de Coordinación Sanitaria que dio origen a los reglamentos orgánicos de los distintos Cuerpos de Sanidad. En lo que respecta a la asistencia sanitaria en los pueblos y aldeas, esta ley tenía como objetivo principal acentuar la incipiente intervención estatal en la organización de los servicios sanitarios locales. Se considera superado el concepto imperante de medicina individual, con el que no podían cubrirse las necesidades técnicas de la asistencia y se imponía la medicina en equipo o de grupo, para lo que se estimaba imprescindible la participación de diversos elementos médicos para poder llevar a cabo la importante función que habría de realizarse. Como es lógico pensar, este avance de la medicina en equipo solo podía hacerse en las ciudades y no en las zonas rurales. El Decreto de 29 de septiembre de 1934 constituyó el cuerpo de médicos de asistencia pública domiciliaria (A.P.D.) a partir de los funcionarios del escalafón del cuerpo de médicos titulares inspectores municipales de sanidad, estableciéndose 5 categorías de plazas. Pasan a depender de los presupuestos generales del Estado las de 3, 4 y 5 categorías, y permanecen bajo dominio municipal las de 1 y 2 categorías. En el aspecto administrativo, el médico titular debía tomar posesión ante el alcalde, se le podían acumular otras plazas en caso de ausencia o enfermedad de otros médicos vecinos, tenía la obligación de residir en el partido médico y no podía ausentarse del mismo sin el permiso del alcalde, y ante él tenía que justificar la ausencia. El 21 de noviembre de 1936, en la zona republicana se independiza el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social del de Trabajo y Previsión.

- La tercera etapa, viene definida por tres leyes importantes: El 14 de diciembre de 1942 se aprueba la ley por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad, el 22 de noviembre de 1944 es promulgada la Ley de bases de la Sanidad Nacional y en 1963 la Ley de bases de la Seguridad Social. La Ley de bases de la Sanidad Nacional expresa claramente que "incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de la Sanidad" y que "en la consecución de los fines de esta función, el Estado será ayudado por las Corporaciones públicas, Organismos paraestatales y del Movimiento y por las Entidades particulares". Con esto los médicos titulares pasan a ser funcionarios del Estado al servicio de las Corporaciones Locales, dependiendo del Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad y de las Jefaturas provinciales de Sanidad, sin perjuicio de la dependencia jerárquica inmediata del Alcalde-Presidente del Ayuntamiento donde presten sus servicios (Reglamento de personal de los Servicios Sanitarios Locales de 27 de Noviembre de 1953). Se puede considerar como precedente a la aparición de la especialidad de medicina de familia y comunitaria la Orden Ministerial (O.M.) de Gobernación de 26 de enero de 1948. Esta O.M., en su artículo primero disponía que todo médico titular en activo (propietario o interino) fuese designado automáticamente médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad con el mismo carácter que tuviese su nombramiento de médico titular. Asistimos, pues, a la aparición de la figura de un profesional con un perfil que precede al actual médico de familia, ya que oficialmente se añaden a las actividades de salud pública, ejercidas por el médico titular, aquellas otras propiamente clínicas y asistenciales. El acceso a plazas se hacía mediante concurso oposición centralizada en Madrid. Sin embargo, en 1956 se creó el llamado escalafón B para acoger a los médicos titulares interinos que llevaran más de cinco años trabajando. Por Ley de 30 de junio de 1969 se declara a extinguir este escalafón unificándose las dos escalas, estando siempre por delante quien hubiese accedido al cuerpo mediante oposición.

- Desde los años 70 ha variado poco la legislación sobre los médicos rurales. Casi un siglo antes de Alma Ata, ya se habían definido las funciones del médico titular:
 - Función benéfico-asistencial a favor de los residentes y transeúntes pobres.
 - Función de sanidad preventiva: Vacunaciones y estadística sanitaria.
 - Funciones de auxilio a la justicia: Certificación de defunciones.
 - Sustituir al médico del Registro Civil.
 - Auxiliar al médico forense o sustituirlo en su ausencia, practicar autopsias, informar como peritos médico-legales.
 - Reconocimiento de quintos.
 - Inspección médico-escolar.
 - Inspección de viviendas y expedición de cédulas de habitabilidad.
 - Inspección de establecimientos.
 - Asistencia a funcionarios de las fuerzas armadas y de la Administración Local.
 - Prestación de servicios de la Seguridad Social.

El antiguo médico rural visitaba en consultorio y especialmente en domicilio a sus pacientes. Tradicionalmente asumía numerosos aspectos de la práctica especializada (pequeña cirugía, traumatología, tocología, pediatría, odontología, etc.). Después de haber pasado unos años en los que el médico ha acudido con demasiada frecuencia al especialista, vemos con satisfacción que se vuelve a ejercer como médico de cabe-

cera. A principios de esta década urge rescatar aquellos elementos característicos de la práctica del médico de cabecera que se fueron perdiendo, como era la orientación de la actividad profesional hacia el enfermo como persona y no a la enfermedad; la atención al paciente en su propio medio, considerando su entorno en el análisis de su enfermedad, incluyendo en el mismo las dimensiones preventivas y curativas de la medicina. Fue entonces cuando nació la SEMER (Sociedad Española de Medicina Rural) que llega a nuestros días con el nombre de Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN). Esta sociedad, en el año 1974, reivindicaba una especialidad para los médicos generales y solicitaba que ésta se denominase medicina de familia.

En resumen, existen unas características coincidentes de los actuales médicos rurales con sus antecesores: el conocimiento de la persona y su entorno le facilitan la utilización de recursos para la solución de problemas y la prestación de unos servicios preventivos y curativos en una atención longitudinal y continuada, a pesar de desenvolverse en unas condiciones de gran incertidumbre.

2.2 La medicina rural en otros países

De un modo simplista podríamos agrupar a los países basándonos en dos variables que parece que han condicionado su ubicación con respecto al desarrollo de la medicina rural:

- El nivel económico
- El grado de dispersión de su población.

El primero y más importante es el nivel económico, el cual es a su vez el primer condicionante de la salud en su totalidad, de tal forma que en países en vías de desarrollo que no han llegado a paliar sus necesidades mínimas, la población rural, que llega hasta el 80%, sufre con mayor intensidad las deficiencias del sistema.

En los países desarrollados están firmemente arraigados los conceptos de equidad y de salud como bien esencial e independiente del poder adquisitivo, condición necesaria para que se preste la debida atención al medio rural, aunque éste sólo alcance en torno al 25% de la población. Entre estos países existen algunos, sobre todo en Europa, Japón, etc, en los que la población es casi exclusivamente urbana, como es el caso de Bélgica con un 99% de población urbana, o bien presentan unas condiciones geográficas e infraestructura en comunicaciones que hacen innecesario el desarrollo de lo que conocemos como medicina rural. Sin embargo existen países desarrollados con grandes extensiones cuya dispersión de la población ha impulsado el desarrollo de la medicina rural. Australia y Canadá lideran sin duda este proceso. Sus gobiernos, que han investigado e invertido mucho dinero, han llegado a la conclusión de que una formación más dirigida al medio rural, con médicos de familia más polivalentes, satisfechos profesional y humanamente, con estabilidad en su condición de rurales, consigue una mayor calidad en la atención.

La forma de organización es muy dispar incluso dentro de cada país y existen muchos modelos dependiendo de las condiciones geográficas, sociales, económicas, etc. Los Equipos, de estructura muy diversa, generalmente cuentan con menos médicos que enfermeros y son más pequeños que en España, alrededor de 3 ó 4 miembros. En otras ocasiones trabaja un solo médico con varios enfermeros. Pueden existir pequeños hos-

pitales locales en donde los médicos rurales ingresan sus propios pacientes, o modelos similares al español en donde la labor es totalmente ambulatoria o en el domicilio de los pacientes. En general se observa una gran elasticidad y libertad de organización y una participación muy activa en la gestión y en el seguimiento de sus enfermos, muy lejos de la férrea y burocrática organización española.

Parece unánimemente consensuado que el médico rural atiende una patología cualitativamente diferente al médico urbano y con unas condiciones que le obligan a adquirir determinadas habilidades que normalmente no son necesarias en el medio urbano. Estas diferencias se incrementan en función de la distancia al hospital de referencia, de forma que en casos extremos con gran dispersión y enormes distancias hasta el hospital, como en Canadá o Australia, los médicos rurales realizan incluso intervenciones quirúrgicas con anestesia general (apendicectomías, histerectomías), y asumen la atención obstétrica. Para ello han sido especialmente entrenados y se someten a evaluaciones periódicas, poseen pequeños hospitales de 10 o 12 camas y se suelen apoyar en la telemedicina, conexión vía Internet con otros hospitales, lo que les permite la transferencia de imágenes endoscópicas. Sin llegar a estos extremos, en muchos países los médicos rurales realizan habitualmente la cirugía menor, atención a traumatismos y fracturas no complejas, infiltraciones y bloqueos anestésicos, artrocentesis, seguimiento del embarazo, y poseen un adiestramiento muy importante en emergencias vitales, con monitorización, uso del desfibrilador y marcapasos externo para el traslado o hasta la llegada de un equipo especializado; y, por último, están capacitados para el uso del microscopio, dispositivo de Rayos X, Ecógrafo y Doppler de bolsillo.

Podríamos decir que todos los modelos tienden a:

- Que el médico rural tenga un especial adiestramiento en determinadas habilidades diagnósticas y terapéuticas, ya que se ha demostrado que puede llevarlas a cabo con plena garantía en el medio en que trabaja. Estas actividades reportan un beneficio inmenso para el paciente, así como un ahorro económico y mejora social para todo el sistema.
- Que el médico rural continúe habitualmente el resto de su vida profesional en el medio rural, es decir, que la atención rural no sea una fase transitoria a la espera de un puesto más deseable en el medio urbano. Para ello se necesita que se sienta atraído por este trabajo, y que el esfuerzo adicional que supone esté suficientemente compensado.

Existe un documento bajo el título de *Directrices para el adiestramiento en Medicina Rural* que es el resultado del trabajo de un grupo de expertos de varios países que formó la WONCA a raíz de su congreso mundial en 1992 y que fue presentado en el congreso Mundial de 1995. Este grupo está liderado por un catedrático australiano, el profesor Roger Strasser, que lleva muchos años trabajando en este tema, impartiendo cursos de formación, y ha convertido la medicina rural en una subespecialidad complementaria de un año de duración, optativa al finalizar la especialidad de medicina de familia. Su equipo ha trabajado en coordinación con otro grupo canadiense ya que en los dos países se dan condiciones muy similares.

En Europa estas iniciativas comenzaron a desarrollarse hace unos 3 años. En la actualidad la representación europea se aglutina en el grupo EURIPA, con representación de más de 10 países (España incluida) que conforma una red de trabajo, y está adquiriendo un peso específico a nivel mundial. Este grupo ha desarrollado un documento que,

bajo el título *Carta para el Médico Rural Europeo* (Anexo), desarrolla unas líneas generales de actuación en Europa. Otros países como Nueva Zelanda y Pakistán aportan experiencias interesantes.

2.3 Situación actual

Diferencias en el ejercicio de la medicina rural

Analizaremos a continuación brevemente las peculiaridades que en nuestro país distinguen el ejercicio médico rural del urbano:

- La entrevista clínica en el medio rural posee matices especiales:

El modelo paternalista de relación con los pacientes clásicamente ha definido el ejercicio del médico rural, y aún en nuestros días está bastante arraigado.

Esta herencia, que continúa en algunos profesionales sanitarios y en la memoria histórica de la población, puede condicionar al médico rural y a su relación con el paciente en unas expectativas rígidas que a menudo entran en disonancia con la actual tendencia hacia una relación médico-paciente más participativa y menos autoritaria. Desde esta tradicional representación del médico rural es fácil entender la enorme dificultad en nuestra población para discriminar la profesionalidad del médico de su aspecto físico y conducta personales, lo que supone una presión sobre la relación médico-paciente. Esto es también un motivo de insatisfacción del profesional a largo plazo, como explicamos más adelante.

Las diferencias culturales, ya mencionadas al inicio del trabajo, interfieren también sin lugar a dudas en la comunicación. El hecho de que los pacientes sean al mismo tiempo colegas y amigos del profesional puede condicionar la relación asistencial y personal si el profesional vive en la misma población.

Otro aspecto importante a considerar se refiere a la especial cautela en el mantenimiento del secreto profesional. La densidad de las redes familiares que pueblan los núcleos rurales puede producir más problemas de confidencialidad que en el medio urbano.

Sin embargo, y pese a lo mencionado hasta ahora, una vez superadas las dificultades de aceptación del médico en la comunidad, debemos reconocer que en el medio rural es más fácil mantener entrevistas más cálidas y de mayor empatía con los pacientes. Este es un factor de indudable enriquecimiento personal para el médico.

- La mayor accesibilidad a los servicios sanitarios locales, pese a constituir ocasionalmente un elemento negativo de presión sobre el médico, favorece el seguimiento de pacientes y la atención a la familia y a la comunidad.
- La menor accesibilidad al nivel secundario de asistencia: el aislamiento es una de las características más importantes del medio rural, lo que en la atención sanitaria se va a caracterizar por la menor accesibilidad a hospitales, especialistas, etc.. Ello se va a traducir en la necesidad de una mayor capacidad de resolución por parte del médico de atención primaria, así como una menor demanda de servicios especializados por parte de la población.

- El perfil profesional del médico rural es por tanto pluripotencial. La mencionada lejanía a los centros hospitalarios obliga al médico rural a asumir tareas que pueden no estar justificadas en la ciudad, incluidas técnicas diagnósticas. El efecto disuasorio que provoca la lejanía de los centros donde se practican tales tareas, provoca injustas desigualdades en la calidad de la atención difíciles de tolerar en nuestros días, como más tarde se desarrollará ampliamente. Por otra parte, la mencionada variedad de situaciones clínicas a las que el médico se enfrenta distingue, y enriquece, nuestra práctica.
- La mayor incertidumbre en la práctica clínica, la escasez de recursos técnicos y materiales, sólo en parte corregible, nos obliga a trabajar con multitud de variables difíciles de controlar. El aislamiento geográfico, y la amplitud de tareas a realizar obstaculizan la impecable actualización de conocimientos que requiere nuestra práctica. La Medicina Basada en la Evidencia supone en nuestra opinión un elemento de especial interés para los médicos que trabajamos en el medio rural. El respaldo científico de la evidencia nos alivia del tremendo peso de la inseguridad y dignifica nuestro trabajo dotándolo de mayor rigor.

Las diferencias en las necesidades de la población rural interfieren también sin lugar a dudas en la comunicación. Anteriormente se mencionó cómo la pluripotencialidad del médico rural era, además de una necesidad en sí misma, una demanda de la población. Efectivamente, la capacidad de resolución es un bien exigible en todo médico de cabecera, pero si cabe con más justicia en el médico rural. Esta exigencia, unida a la precariedad de recursos, acentúa en muchas ocasiones nuestra incertidumbre a la hora de la toma de decisiones, si bien la población rural no nos exige la precisión diagnóstica a la que estamos tan habituados por nuestra formación. Todo ello puede hacer menos atractiva la permanencia de los profesionales en el medio rural.

Medios y recursos: Medios diagnósticos en el ámbito rural

Tradicionalmente el médico rural en su ejercicio, una vez que había escuchado al paciente, solamente disponía del fonendo y de sus manos para emitir un posible diagnóstico, (sospechar una enfermedad por el valor predictivo positivo de los síntomas) y proceder así a instaurar el tratamiento. Pero además el acierto o fracaso de su juicio diagnóstico sólo podía ser intuido por la evolución del paciente, con todas las posibles variables que en ella influyen, con lo que el *feed-back* también resultaba deplorable.

Mientras tanto en el hospital se introducían los tests diagnósticos, los cuales convertían la situación anterior (sospecha de enfermedad pre-test) en otra situación diferente (sospecha de enfermedad post-test) que siempre acarrea una disminución de la incertidumbre, tanto en el sentido de confirmar la enfermedad (valor predictivo positivo) como de descartarla (valor predictivo negativo). Pero además en muchos casos, la aplicación de varios tests seriados, podía proporcionar al médico una certeza en el diagnóstico cercana al cien por cien, tanto en el sentido de confirmar la enfermedad como de asegurar su ausencia. El médico rural sólo tenía opción de seguir tratando a sus pacientes con una incertidumbre éticamente inaceptable o enviarlos a la ciudad. Esta segunda opción, aparentemente más ética, multiplicó los gastos sanitarios y las lis-

tas de espera de forma insostenible para el sistema por lo que se planteó dotar al medio rural de los medios diagnósticos necesarios. Sin embargo muy pocos enfermos se beneficiarían de cada aparato y el personal no estaba adiestrado. La agrupación de médicos en Centros palió en parte este problema, con lo que mejoró la rentabilidad y se perfeccionaron los sistemas de transporte de muestras. Progresivamente se seleccionaron técnicas adecuadas al medio rural en función de unos criterios como su utilidad (es decir, la diferencia entre la probabilidad pre y post test debería ser importante), economía, alta sensibilidad, fácil adiestramiento, así como una mínima posibilidad de yatrogenia.

La pregunta clave sería ¿qué medios diagnósticos deberían estar presentes y disponibles hoy en día, y posiblemente en un futuro para el médico rural?. Antes de contestar esta pregunta, consideramos importante analizar varios tópicos muy extendidos, que inexplícitamente se oponen al uso e implantación de medios diagnósticos en el ámbito rural. Estos tópicos a veces han sido fomentados por la administración, otras veces por otros compañeros especialistas, y finalmente, en muchas ocasiones por nosotros mismos.

– El primero se apoya en la supuestamente baja cualificación del personal que trabaja en el medio rural. Este tópico debería estar ya superado, si consideramos que cada vez más el medio rural es una elección personal y voluntaria y que precisa un perfil más amplio y mejor formación.

– Otro tópico común se refiere a la escasa práctica que el médico puede desarrollar en el medio rural en comparación con sus colegas especialistas, lo que determinaría mayor porcentaje de error. Esta polémica, actualmente alimentada por ciertos colectivos de especialistas en España, a nuestro modo de ver encierra una gran carga demagógica que disimula el problema del paro creciente. Por otra parte, no pasa de ser una repetición actualizada de lo que ocurría hace 15 años con el ECG, las radiografías, o la misma analítica básica y que sorprendería a cualquier observador en el momento actual.

Existe gran número de pruebas diagnósticas con "baja yatrogenia" y con una interpretación sencilla de la patología más importante (Doppler de bolsillo), que sólo requerirían un esfuerzo formativo, y cuya utilización por los médicos rurales beneficiaría a la población

– Por último, otro prejuicio extendido y fomentado esta vez por nosotros mismos, es el referente al riesgo legal, si manejamos ciertos medios diagnósticos. Pensamos que estas situaciones pueden paliarse si conocemos sus indicaciones y capacidad predictiva.

A continuación hemos intentado hacer una pequeña revisión y actualización de los medios diagnósticos que deberían estar disponibles para el médico rural español. En la tabla 1 (ver pág. 22) se incluyen aquellos que pensamos son imprescindibles, y su ausencia podría suponer en estos momentos un problema ético (no se incluyen los elementales: fonendo, linterna,...).

Están divididos en tres categorías temporales: básicos, a corto plazo y a medio plazo y en tres categorías en cuanto a su localización: consultorio, zona básica y centro referencia. Cuando aparecen en la columna de consultorio quiere decir que para su equipamiento se requieren al menos dos, uno en la zona básica y otro(s) para los consultorios.

Justificación de algunos de estos medios diagnósticos:

Tabla 1 Recursos necesarios en el centro rural

	CONSULTORIO	ZONA BÁSICA	CENTRO REFERENCIA
Básico	ECG Analítica ordinaria Analítica urgente Tests diagnóstico rápido Glucemia Orina Embarazo Lupa grande con iluminación Otoscopio Oftalmoscopio Rinoscopio Esfigmomanómetro calibrado con manguitos diferentes Material RCP Teléfono móvil Ordenador con periféricos, scanner, fax, modem	Radiología simple Espirometría Monitor-desfibrilador portátil Aparato determinación iones /Hb / INR Conexión a Internet Material cirugía menor Vehículo equipado	Radiología simple (menos de 30 minutos)
Corto plazo	Laringoscopio indirecto	Microscopio o alternativa accesible Tonómetro ocular Doppler de bolsillo con posibilidad de sonda vascular y obstétrica.	
Medio plazo		Luz de Wood Lámpara de hendidura Equipo audiometría Ecógrafo polivalente Anuscopio	

• **E.C.G.**

Presenta una excelente fiabilidad en el IAM, aunque ante una clínica clara no está indicada su realización, si esta demorase la llegada del paciente al hospital. También es muy fiable en arritmias y en la angina de pecho, siempre que se estén produciendo en el momento de la realización. Como aclaración importante, conviene resaltar que ante la presencia de síntomas de angor, un resultado negativo no excluye cardiopatía isquémica sobre todo si en ese momento el paciente no está en crisis (50% de resultados normales). Posee muy buena especificidad en el reconocimiento de hipertrofia ventricular izquierda, aunque presenta una baja sensibilidad. Existen numerosas situaciones como el bloqueo de rama izquierda, existencia de ritmo de marcapasos, etc. que pueden enmascarar situaciones patológicas, así como situaciones anormales electrocardiográficamente que no tienen ninguna repercusión.

Podemos concluir que es un instrumento indispensable, y sería recomendable disponer de un portátil cuyo precio es muy asequible.

• **Rayos X simple:**

Recomendado por la OMS para poblaciones superiores 10.000 habitantes. Ningún paciente debería recorrer más de 50 km (para la OMS) para la realización de una radiografía, fundamentalmente óseas y de tórax, que suponen el 90 % de todas las exploraciones radiológicas en atención primaria. El adiestramiento para su realización es muy simple, pero la interpretación es más difícil. Es muy importante conocer las limitaciones de la técnica y las propias. Está contraindicado el uso de radioscopia en atención primaria. Creemos que la necesidad de un viaje superior a 30 minutos debería servir para planear un equipamiento en la zona y así lo contempla la legislación.

• **Espirometría**

Es fundamental en la valoración inicial de cualquier paciente con patología bronquial obstructiva. Es muy sencillo su adiestramiento tanto en la realización como en su interpretación y totalmente inocuo y barato. Paradójicamente no existe en muchos centros de salud.

• **Analítica ordinaria**

Históricamente se ha restringido el uso del laboratorio al médico de atención primaria. Pensamos que su única limitación debe ser su correcta indicación. Para mejorar la rentabilidad el laboratorio debe estar centralizado en el nivel especializado, como ya ocurre en muchos centros rurales. Es preciso, por ello mejorar los sistemas de transportes de muestras.

• **Analítica urgente. Test de diagnóstico rápido.**

La analítica urgente debe de ser también accesible desde el medio rural con el máximo de facilidades.

Los tests de diagnóstico rápido se han ido progresivamente desarrollando fruto de los avances tecnológicos, y es de prever que en un futuro siga esta tendencia. Se caracterizan por su rapidez y sencillez de uso con mínimo adiestramiento, y guardan una correlación muy buena con el método estándar. Estos nuevos instrumentos pueden ser de una gran utilidad en atención primaria por lo que vamos a realizar un análisis de sus pros y sus contras. Entre estos métodos se encuentran:

- Métodos de diagnóstico rápido en microbiología
- Analizadores de bioquímica seca
- Analizadores hematológicos.

Sobre estos tests podemos decir lo siguiente:

- Estos métodos pueden ser muy útiles, limitando su uso a la necesidad de efectuar un tratamiento o derivación precoz.
- Serían por tanto muy interesantes en puntos de urgencias, sobre todo en centros de salud distantes de un hospital.
- Siempre que el resultado no vaya a implicar una actuación rápida, no deberían usarse, por los inconvenientes antes expuestos de fiabilidad y carestía.

Un caso aparte es el sistema para la obtención del tiempo de protrombina (INR) en sangre capilar (Coagucheck®). Los pacientes en tratamiento anticoagulante oral suponen en la actualidad un número importante (entre 10 y 20 por cada cupo de 1500-1900 personas), y la evidencia científica indica que cada vez serán más y de mayor edad.

Su control se ha realizado tradicionalmente en los hospitales, con la necesidad de un traslado mensual al mismo. Esto suponía que muchos habitantes rurales que se beneficiarían del tratamiento no lo hicieran.

Hoy día, el médico rural debe estar capacitado para manejar la dosificación de los anticoagulantes orales y para ello debe poder obtener el resultado del INR el mismo día de la extracción; esto sólo se consigue, o bien con el envío del resultado vía fax desde el hospital, o con el sistema citado.

- **Microscopio óptico:** Aunque precisa de adiestramiento puede ser muy útil en muchos métodos de diagnóstico rápido.
- **Lupa grande con iluminación incorporada.**
- **Oftalmoscopio:** Su principal problema es que precisa de adiestramiento, que aunque puede ser algo complejo, una vez adquirido su utilidad está fuera de toda duda.
- **Otoscopio:** El adiestramiento es mínimo.
- **Rinoscopio.**
- **Laringoscopio indirecto:** Es muy útil en el medio rural, pero requiere un aprendizaje previo.
- **Anuscopio:** Puede originar yatrogenia si no se tiene experiencia aunque puede ser de bastante utilidad en la valoración de las rectorragias
- **Luz de Wood.**
- **Lámpara de hendidura:** Aunque precisa de un discreto adiestramiento puede ser muy útil para la valoración de afecciones de la cámara anterior, conjuntivitis, queratitis, traumatismos y exploración del cristalino con su patología mas prevalente, las cataratas.
- **Tonómetro ocular:** A los clásicos tonómetros de aplanamiento o por contacto se están añadiendo actualmente los tonómetros de aire que sin contacto, determinan la presión ocular sin precisar adiestramiento. Su inconveniente es que por ahora son caros.
- **Equipo de audiometría:** A los clásicos, algunos muy sencillos, se están sumando otros de screening de pérdida de audición.
- **Doppler de bolsillo:** Con posibilidad de sondas vascular y obstétrica. Aparatos polivalentes que precisan de un adiestramiento mínimo para la exploración arterial, siendo este algo mas complicado para la patología venosa.
- **Ecógrafo polivalente.**

Tradicionalmente su uso se ha reservado en España a los radiólogos y otros especialistas, urólogos, ginecólogos, cirujanos, cardiólogos, pero está bastante extendido entre los médicos rurales de otros países y la estructura en equipos de los centros de salud españoles abarataría muchísimo todos los gastos. En la actualidad existen equipos polivalentes muy útiles para el medio rural, y aunque precisa de un adiestramiento más o

menos importante, existen estudios que demuestran la obtención de una fiabilidad diagnóstica superior a un 90% tras unos 6 meses de manejo convenientemente asesorado. Recientemente estamos asistiendo a una gran polémica en torno a este tema entre varios colectivos implicados, pero su inocuidad, junto con su gran polivalencia, y la agilidad que sin duda generaría en el sistema, hacen pensar que en un futuro no muy lejano será una herramienta de uso habitual para el médico rural.

• **Monitor-desfibrilador portátil.**

Herramienta de diagnóstico y tratamiento indispensable para cualquier reanimación cardiopulmonar. En muchos países el modelo automático se está distribuyendo por los lugares públicos, aeropuertos, estaciones de ferrocarril instruyendo sobre su uso incluso a personal sin ningún conocimiento de medicina. Consideramos que debiera ser una herramienta ya obligada en todos los centros rurales.

Estamos convencidos de que utilizar estos métodos es factible, y que pueden suponer una gran ayuda para la realización de nuestro trabajo, añadiendo un matiz de rigor científico y seriedad a esta bonita tarea, y sobre todo, beneficiando a nuestros pacientes.

Recursos en el medio rural y su accesibilidad.

No nos gustaría terminar este capítulo sin realizar una reflexión sobre la incongruencia con la que se suele decidir la instalación de nuevos equipamientos de los centros de salud. Por razones de proximidad con los centros de decisión, suponemos, habitualmente se equipa antes los centros urbanos que los rurales, donde la población ya tiene más problemas de acceso.

Este hecho es incongruente y grave puesto que supone una nueva penalización para las personas que viven en zonas rurales, y también para los profesionales. Por ello debería cuidarse más el acceso a los medios complementarios y a la tecnología accesible por otras vías como es la telemática que podría servir para muchos usos (rapidez de resultados analíticos, acceso a agendas de los centros de referencia, etc...).

PROBLEMAS Y OPORTUNIDADES DEL TRABAJO EN EL MEDIO RURAL

A. 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 estaban 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.
- No existe muchas veces relación con otros profesionales de la sanidad, como veterinarios y farmacéuticos. Se trabaja independientemente y la colaboración únicamente 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:

* 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, etcétera.

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

- Con 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.

* Los Profesionales de Enfermería:

- El papel de la enfermería tras la reforma se ha revalorizado. Sin embargo, en el medio rural es fácil encontrar aún 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 campo 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.

* 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).

* 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 éste 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.

*** 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 fuera del horario de consulta, se opta a veces por acudir a veces 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. Ello 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 los 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 periodo nocturno, con asunción de sus funciones por el personal médico sin que se contemple ninguna contrapartida por ello.

– En algunos casos, la atención continuada es poco resolutive 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 de ello se deriva.

– 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,...).

– No hay personal de apoyo en las noches, en muchos casos.

• Relacionados con el conjunto del equipo de Atención Primaria.

** 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 resolutive, 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.

Estas 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.

** 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.

B. 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 donde 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 (94,2% declaran estar satisfechos o muy satisfechos frente a 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. Éste 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, es bastante habitual en el medio rural 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, quizá 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 aumento 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:

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 periodos de atención continuada.
- Mayor conocimiento de la mortalidad.
- Mayor posibilidad de estudios prospectivos por las mayores posibilidades de seguimiento a largo plazo.

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 justifican 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 los recursos a las poblaciones rurales 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.

4 LINEAS DE FUTURO:

4.1 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. Indices, buscadores y directorios generales: Yahoo, Altavista, Olé...
Indices, 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: el Índice Médico Español (que puede ser consultado desde la base de datos del CSIC), HealthStar, EMBASE...
2. Revistas Médicas: Muchas revistas médicas ofrecen números actuales y atrasados de forma libre, o mediante pago.
3. Libros, Manuales e ininidad de documentos de consulta que ocuparían centenas 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 al 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. Puede encontrarse en esta página una recopilación de recursos que sobre medicina rural y telemedicina existen a nivel 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 permitiendo 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 en día genera el aislamiento en nuestro medio, y proporcionan una mayor comunicación entre los pro-

fesionales 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.

4.2 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 gran 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 cinco 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 hospita-

larios. En definitiva, cuál es el momento óptimo en los distintos problemas de salud para hacer 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 incuestionable 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 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 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.

4.3 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 pregrado y en el postgrado. 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 el 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, son cada vez 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.

5 BIBLIOGRAFÍA

Características sociales y culturales de la población rural:

1. Camarero Rioja, LA: Tendencias recientes y evolución de la población rural en España. *Política y Sociedad* 1991, 8: 13-24.
2. 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, semFYC, Madrid, 46-49.
3. Segalen M: Roles y actividades domésticas en las familias campesinas. En: *Antropología histórica de la familia*. Ed: Taurus Ediciones, Madrid, 1992, 177-180.
4. Vaquero LC: La medicina rural al filo del siglo XXI. *El Médico* 1995, 30-VI-95, 44-51.

Funciones históricas del médico rural:

1. Lain Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona 1982. Salvat Editores S. A.
2. Turabian JL. Conflicto entre atención individual y la comunitaria: ¿ los árboles nos impiden ver el bosque? *Aten. Primaria* 1993; XI (4): 161-2.
3. Albarracín Teulón A. Pasado, presente y futuro del médico titular. Ponencia al I Congreso Nacional de Médicos Titulares. Madrid 1987.
4. de Lorenzo A. *Estatuto Jurídico del Médico Titular*. Madrid 1971. Editorial RUAN S.A.
5. Aizpiri J. Incidencia social del Médico Titular. Ponencia al I Congreso Nacional de Médicos Titulares. Madrid 1987.
6. Chavida García F. El pasado que nos une y nos separa. *El Médico* 1997á; 648 (supl): 26-30.
7. Portella Argelaguet E. La atención médica en el medio rural. *Medicina Integral* 1980; I (2): 119-22.
8. Planes Magriñá A. Perversiones de la atención primaria. *Aten. Primaria* 1994; XIV (9): 1045-6.

Ejercicio en otros países

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

1. Borrell y Carrió F. Manual de entrevista clínica. Ediciones Doyma: Barcelona 1. 1989
2. Planes A. La atención primaria en el medio rural. Atención Primaria, 1991. 4(10): 739-740.
3. Ullom-Minnich, Kallail KJ. Physicians' strategies for safeguarding characteristics. J. Fam. Pract. 1993 Nov; 37(5): 445-448
4. 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. British Journal of General Practice, 1996, 46:73-6.
5. Igual D., Fernández J., Comellas C., Palomo L. Situación de la formación postgraduado de la medicina familiar y comunitaria en el medio rural. Atención Primaria, 1997. 20(2): 94-
6. Rosenthal TC, Siepel T, Zubler J, Horwitz M. J. Fam. Pract. 1994 Apr; 38 (4): 380-385.
7. Erkel EA, Nivens AS, Kennedy DE. Intensive immersion of nursing students in rural interdisciplinary care. J-Nurs-Educ, 1995. 34(8):359-65.
8. Grupo de trabajo de la semFYC. Perfil profesional del médico de familia. Documentos semFYC. N1 4. Barcelona.
9. Gómez de la Cámara A., de la Cruz Bertolo J. El conflicto entre la atención individualizada o grupal. Atención Primaria 1997, 19(1):1-3.
10. 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: 377-82.
11. Jiménez Villa J. Evidencia científica en medicina familiar y comunitaria. Atención Primaria, 1997. 20(1):1-2.
12. 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.
13. 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): 239-45.
14. Bhatara, VS, Fuller WC, O' Connor Davis, L., Misra LK. Improving job satisfaction of rural South Dakota mental providers through education: a pilot study. S-D-J-Med, 1996. 49(3):93-6.
15. López Arrieta JM, Qizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La colaboración Cochrane. Med Clin (Barc)1996; 107(15):582-585.
16. Palomo Cobos L. et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general /de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. Atención Primaria 1997; 19(9):469-
17. Palomo L. et al. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/ de familia, según medio demográfico (y II): utilización. Atención Primaria 1997; 20(2): 82-...

18. Gómez M. Baeza J.E., González J.A., Avila O. Prevalencia y características de la lactancia materna en el medio rural. Atención Primaria, 1997; 19(6): 318-
19. Bretones JJ, Del Pino, García JM, Fajardo ML, Sáez JM, Ortega I. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. Atención Primaria, 1997; 20(1):45- .
20. 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):447-9.
21. Reilly MB. Estrategias prácticas en medicina ambulatoria. 2 ed.1995
22. Pareja Bezares A. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Atención Primaria 1996; 18(4):151-2.
23. Kelly L. Integrating family medicine residents into a rural practice. Can Fam Physician 1997, 43:277-286.
24. Cebrían Martín C., Ruiz Bueno MP. La medicina rural en la docencia de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria, 1991. 8(5):432.
25. Bravo Toledo R. Taller de medicina basada en la evidencia. Curso de medicina basada en la evidencia científica. San Juan Alicante Febrero 1.998.

Medios y recursos (Escaneado)

1. Wynn-Jones, J. et al. Ponencia Medicina Rural. V Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada 1996.
2. Soler J., Bayes de Luna, A- Cardiología. Doyma 1996; 452.
3. Córdoba R, Lou S. Métodos diagnósticos en la consulta del médico de familia. Doyma Libros. 1994.
4. Palmer. P. La Radiología y la Atención Médica Primaria. Organización Panamericana de Salud. Publicación Científica No 3 57. 1978
5. Buítrago F, et al. Relación entre niveles asistenciales. Documentos semFYC d 5. 1995.
6. Ortega de Heredia, M. Det al. Métodos de diagnóstico rápido en las consultas de Atención Primaria. Aplicaciones y futuro. F.M.C. 1997;7: 434-445.
7. Ambas JM, Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros Procedimientos en la Consulta del Médico de Familia. JARPYO EDITORES, -S.A. 1993.
8. Bhatti S Diagnostic Ultrasonography for Rural Doctors. Ponencia al primer congreso Internacional de Medicina Rural. Shanghai, China. 1996.
9. Rourke J. Postgraduate Training for Rural Family p@ce in Canada. Ponencia al primer congreso Internacional de Medicina Rural. Shanghai, China. 1996.
10. Lavai-Jeantet M, Routine echography detection of sever diseases by the General Practitioner. La Presse Medicale. 1991;20:974:980
11. Orbe, 4, Cartas al director, Diario Médico. 28/10/97.
12. Estévez, JC, El empleo de la Ecografía en atención primaria. Cartas al Director. 5111/97
13. Alonso R, Barroso C. Anticoagulación en el medio rural. Aten. Primaria 1998; 21: 585.

Problemas y oportunidades

1. OMS. Oficina Regional Europea. Carta del médico general/médico de familia en Europa (borrador de trabajo). 1995.
2. WONCA. Policy on training for rural practice. 1995.
3. Palacio, Fernando et al. ABS rurals: millorant la qualitat del'organització. Institut Catalá de la Salut. S.A.P. Cosya de Ponent-Tarragona-Tortosa. Desembre 1994.

Nuevas formas de comunicación: Internet

1. Martin Zurro. Cano Pérez. Atención primaria. Conceptos organización y práctica clínica. Mosby Doyma. 1994.
2. Tudor Hart J. Necesitamos un nuevo tipo de médico de cabecera. Atención Primaria 1992;1:109:115.
3. Pritchard. Manual de Atención Primaria de Salud. Diaz de Santos 1.981.
4. Internet. Comunidad Foral de Navarra. URL:<http://www.cfnavarra.es>
5. Internet. Pubmed. URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
6. Internet. Centro Superior de Investigaciones Científicas. URL:<http://www.ebano.cti.csic.es>.
7. Internet. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. URL:<http://www.semfyec.es>
8. Internet. Rafael Bravo Toledo. URL:<http://usuarios.bitmailer.com/rafabravo/index.htm>.
9. Internet. EURIPA. European Rural & Isolated Practitioners Association. URL:<http://home.rednet.co.uk/homepages/irh/eurochart.html>
10. Internet. John Wynn-Jones. The Rural Health Linx. URL:<http://home.rednet.co.uk/homepages/irh/linx.html>.
11. Lista de Distribucion MEDFAM-APS. URL:<http://www.rediris.es>.

ANEXO

CARTA PARA EL MÉDICO RURAL EUROPEO

Carta Europea del médico rural

La Declaración de Intenciones: Esta carta persigue "asegurar que todas las poblaciones rurales y aisladas de Europa tengan acceso a unos cuidados médicos públicos de alta calidad con independencia de su localización, cultura o recursos"

Introducción

En su discurso inaugural en el Parlamento Europeo en Enero de 1995 Jaques Santer, Presidente de la Comisión Europea, afirmó: "La regeneración de las áreas rurales y las pequeñas ciudades es otra área prioritaria que afecta a la calidad de vida. Deben de ser conservadas por sus propios valores medioambientales y el balance de la vida rural debería ser restaurado en todos sus aspectos tanto económicos y sociales como culturales".

La población de la Unión Europea suma un 6,5% de la población mundial. Más del 20% de los habitantes europeos viven en comunidades de menos de 2000 habitantes, el 40% de la superficie está clasificada como agrícola y más de un 30% corresponde a bosque. A pesar de eso muy poco se conoce acerca de las necesidades sanitarias de esta considerable parte de la comunidad.

El incremento de las ciudades se está adueñando de la vida rural tradicional. La emigración de los jóvenes está llevando a un mayor envejecimiento de la población. La agricultura, principal industria de las comunidades rurales esta disminuyendo en un 1,15% anual durante los últimos 10 años.

Las investigaciones sobre el trabajo en el medio rural son limitadas pero existe una evidencia desde toda Europa al resto del mundo de que los problemas son similares y entre ellos esta la fuerte carga de trabajo, escasas oportunidades de reciclaje, aislamiento, falta de entusiasmo, una disminución de la gente que quiere dedicarse a esta labor. Los médicos rurales disfrutan de un status muy alto dentro de su propia comunidad pero sin embargo de uno de los más bajos dentro de su profesión. Esto es debido a este perfil caracterizado por el aislamiento, la escasez de recursos y una gran carga de trabajo.

Características de la Medicina Rural en Europa

Las características específicas de la medicina rural, que incluyen el manejo de un mayor número de habilidades en sus profesionales, debería ser reconocida por las organizaciones profesionales, gobiernos y autoridades de salud en Europa. La creación de la infraestructura necesaria que permita dotar de una atención global en áreas rurales remotas o infradesarrolladas es una prioridad, ya que los médicos rurales asumen un

nivel de responsabilidad clínica más alto que sus compañeros urbanos, y en unas condiciones de aislamiento profesional mayores.

Locales y equipamiento

Los médicos rurales deberían trabajar en locales correctamente diseñados que les permitan dispensar unos cuidados globales de alta calidad a sus pacientes asegurándose que estos servicios están pensados o centrados en el paciente, reconociendo la importancia tanto de la higiene, como de la confidencialidad e intimidad.

Los locales deben de estar equipados de forma que el médico pueda realizar en su totalidad las exploraciones físicas que necesite, así como otras investigaciones o procedimientos que se consideren dentro del marco de competencias del Médico de Familia.

Las habilidades clínicas

Serán todas aquellas que realice el Médico de Familia,

Habilidades Técnicas

Emergencias

Procesos que de otro modo necesitarían un desplazamiento de los pacientes

Habilidades de ámbito hospitalario para aquellos médicos que dispongan de camas hospitalarias.

Papel en Salud Pública

Cuestiones de Medio Ambiente

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

El médico rural debe ser capaz, bien de forma individual o en equipo, de proveer en su localidad, a base de un adiestramiento adecuado, de toda una amplia variedad de servicios que responda a las necesidades de su población

Servicios de emergencia y rescate

Tanto los pacientes como los médicos tienen derecho a un servicio de traslado en emergencias que transporte a los enfermos graves en condiciones de seguridad desde el lugar de accidente al centro de emergencias más cercano que sea apropiado para el caso en el menor tiempo posible.

Promoción y protección de la salud

Los médicos rurales deberían buscar el desarrollo de servicios, que involucren a la comunidad. La promoción de la salud es una actividad comunitaria, no una parcela de los profesionales de la salud. Las comunidades rurales están emplazadas de un modo privilegiado para el desarrollo de programas centrados en dicha comunidad que faciliten el desarrollo de los pueblos y ciudades saludables.

El médico rural dentro del equipo de salud

Una medicina rural idealmente tendría que ser un esfuerzo en equipo en el cual cada miembro debería tener en cuenta los puntos fuertes y las limitaciones tanto suyas como de sus compañeros. Sería recomendable que los profesionales en todas sus categorías fueran seleccionados educados y entrenados para trabajar como un equipo que responda a las necesidades de la comunidad. Los profesionales claves como médicos y

enfermeros deberían de tener un papel central en los equipos de salud, los cuales se beneficiarían de los conocimientos científicos y de gestión de aquellos profesionales.

Diseño de los servicios de salud rural en busca de las necesidades de la comunidad

Los profesionales de la salud en el medio rural, deberían ser los asesores de la comunidad en el establecimiento, análisis y desarrollo de los servicios sanitarios en respuesta las necesidades de la comunidad, sin dejar de lado la necesidad de un enfoque centrado en cada paciente individual.

Estos modelos sanitarios deberán ser evaluados y promovidos por las autoridades sanitarias, ya sea locales, regionales o nacionales.

Mejora del status del médico rural

Este status solo mejorara mediante un enfoque coordinado que incluya mejoras en la formación y entrenamiento así como mejorando los incentivos y las condiciones de trabajo, todo esto bajo el apoyo del gobierno y la comunidad que deberán reconocer el papel del médico rural como principal pivote del sistema sanitario rural.

Reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales

Es necesario un enfoque integral para el reclutamiento y estabilidad de los médicos rurales; dicho enfoque debe revisarse desarrollando especialmente las siguientes iniciativas:

- Información en las escuelas sobre qué es la medicina rural.
- Especial selección de estudiantes provenientes del medio rural.
- Información precoz y continuada de la medicina rural durante los estudios universitarios tanto en el pregrado como en el postgrado,
- Apoyo a los médicos rurales, incluida su familia.
- Mejora de las condiciones de trabajo y de los consultorios.

Mejora de la accesibilidad y facilidades para el médico con el fin de que pueda dispensar una atención de calidad en las urgencias fuera de la jornada laboral, pero a la vez asegurando un adecuado descanso o tiempo para que el médico pueda estar tranquilamente con su familia.

- Asegurar una apropiada formación continuada o desarrollo profesional
- Regulación de una carrera profesional para el médico rural que mejore su calidad asistencial.

Pregrado

Todas las facultades de medicina, enfermería y demás instituciones que formen personal sanitario deberían formar algunos profesionales para el medio rural incluso disponer de médicos rurales entre el profesorado

Incluir un periodo de práctica en el medio rural en el curriculum.

Animar a los recién graduados que estén dispuestos a optar por la medicina rural.

Postgrado y Formación Continuada

Un entrenamiento para adquirir una competencia flexible, debería facilitarse a los médicos rurales a través de cursos voluntarios y de programas de formación continuada en medicina rural que deberían ser desarrollados por médicos rurales o por lo menos en colaboración con ellos.

Información tecnológica

Las comunidades rurales deberían disponer de las modernas posibilidades de comunicación telefónicas, nuevas tecnologías y las aplicaciones de telemedicina que deberían ser un apoyo para el médico rural.

Estas mejoras son esenciales para prestar unos cuidados médicos de alta calidad en las zonas aisladas, así como para la conexión de los sanitarios rurales con el resto de la comunidad médica.

Investigación

Los pueblos con su población definida y estable ofrecen una posibilidad única para la investigación que debe de ser potenciada para buscar respuestas específicas a los problemas rurales, deberá estar basada en hechos evidentes, y planteada para los intereses rurales. Deberían establecerse centros marco de investigación en cada país los cuales faciliten esta tarea.

Administración y Gestión

Los gobiernos desarrollarán unos directorios que reconozcan y afronten las necesidades de salud específicas del medio rural desarrollando un enfoque especial que intente buscar las soluciones. Son necesarias más investigaciones para identificar cuál es el coste extra resultante de proveer de cuidados a las comunidades rurales. Este índice de ruralidad será necesario tenerlo en cuenta a la hora de financiar estos cuidados en un futuro.

Los médicos rurales deberían tener el apoyo de expertos administrativos, así como cursos de dirección, con el fin de proveer unos servicios efectivos y eficientes que respondan a las necesidades de los pacientes en el desarrollo del sistema sanitario.

Los médicos rurales y sus familias

Deben desarrollarse mecanismos de apoyo para los médicos rurales y su familia, incluso el establecimiento de sociedades de familiares de médicos rurales. Tanto las comunidades rurales como las autoridades deberán contemplar las necesidades y problemas específicos de los médicos rurales y de sus familias.

Cursos y Congresos

Los médicos rurales deberán tener la posibilidad de asistir a congresos o cursos tanto nacionales como internacionales, en donde sean informados, cooperen y colaboren en la mejora del estado de salud de sus respectivas comunidades.

La Unión Europea

Esta carta va dirigida a los países miembros de la Unión Europea y a los otros países Europeos con el fin de que reconozcan los problemas encontrados por las personas que viven en el medio rural y sus médicos, para alcanzar una igualdad en los cuidados sanitarios.

Esta carta llama a esos gobiernos a mejorar la atención sanitaria en el medio rural en cualquier forma posible, siempre que existan recursos que lo permitan.