

14 artículo

Alonso Roca, Rafael [[Buscar autor en Medline](#)]
 Vazquez Torguet, Ana M^a. [[Buscar autor en Medline](#)]



Docencia en el medio rural ¿Hay algo que aportar al residente?

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

Desde que en el año 1978 nace en nuestro país la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) la producción científica propia ha ido aumentando hasta alcanzar prácticamente todos los aspectos de la especialidad, pero una de las grandes olvidadas tanto en la investigación como en la formación del médico de familia ha sido la medicina rural^{5,6}. Esta situación puede cambiar en un futuro próximo con la implantación de la rotación por el medio rural durante la residencia de MFyC.

El medio rural es heterogéneo, desde núcleos con un alto envejecimiento hasta otros núcleos con un gran crecimiento urbanístico y demográfico ocasionado por la proximidad a poblaciones grandes². Aunque los criterios para definir el medio rural pueden ser variables, a efectos de asistencia sanitaria el documento "Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI" recoge las siguientes características⁷:

Características de la atención primaria en el medio rural

- Entorno bien delimitado con población inferior a 2000 habitantes, en otros contextos se puede ampliar hasta 5000 habitantes. El INE y el antiguo INSALUD, consideran medio rural a las poblaciones menores de 10.000 habitantes.
- Trabajo en el consultorio casi en solitario o con equipos muy pequeños.
- Cierta grado de aislamiento marcado por la distancia y dificultad de accesibilidad a recursos especializados
- Actividad económica de la población ligada al sector primario (agricultura, ganadería, pesca, minería).
- La actividad de las unidades administrativas de atención al usuario son muchas veces asumidas por los profesionales sanitarios.
- El modelo de organización está condicionado por la dispersión de los profesionales en consultorios y las limitaciones de contacto entre los profesionales (reuniones de equipo, actividades de formación y guardias).
- El nivel de resolución debe ser alto por lo que se necesita más equipamiento y herramientas de apoyo.
- La dispersión y el aislamiento dificultan la formación continuada.
- La ordenación de las urgencias acoge una gran variabilidad de problemas de salud y sus profesionales asumen una gran responsabilidad
- Los profesionales que trabajan en el medio rural se encuentran más imbricados en la comunidad y esto refuerza su papel como agentes de salud para la realización de actividades comunitarias

Ciertamente existían ya centros rurales docentes, aunque en mucha menor proporción que la realidad sociodemográfica de nuestro país. Además, las dificultades de desplazamiento, el alejamiento de los centros hospitalarios donde los residentes realizaban la mayoría de su formación y las dificultades organizativas de los centros rurales, provoca que éstos no sean en muchos casos la primera opción de los residentes. Por tanto, sólo una pequeña proporción de los médicos de familia formados por el sistema MIR conoce las peculiaridades del medio rural⁶.

Sabemos que la organización de este periodo de rotación está creando dificultades en muchas Unidades Docentes, debido a los problemas de financiación de desplazamientos y

bibliografía

1. Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Ministerio de Educación. 2005. Fecha de acceso
2. Grupo de Trabajo de Medicina Rural. El medio rural: una visión mirando al futuro. Documento semFYC nº 11. Año y fecha de acceso
3. Planes A. La atención primaria en el medio rural. Aten Primaria 1991. 4: 739-740.
4. Worley PS, Strasser R, Prideaux D. Can medical students learn specialist disciplines based in rural practice: lessons from students' self reported experience and competence. Rural and Remote Health Año y fecha de acceso 4: 338.
5. Cebrián C, Ruiz MP. La medicina rural en la docencia de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Aten Primaria, 1991. 8: 532.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés

 número actual	 números anteriores
 contactar	 rceap en pda
 alertas	 sobre la revista

manutención de los residentes, que deben en algunos casos alejarse mucha distancia de sus centros principales de formación (hospital y centro de salud urbano), y también en muchas Areas por la ausencia de centros rurales⁸. Estas dificultades, que no existen en el momento de elegir la rotación por un servicio u otro del hospital, o por un servicio extrahospitalario cercano, lleva en muchos casos a docentes y residentes a plantearse la pregunta que figura en el título de este artículo: ¿pero aporta algo esta rotación? ¿Compensa el coste organizativo y logístico? Si no se profundiza mucho en la respuesta, las soluciones fáciles, que ya están ocurriendo en muchas Unidades Docentes, son las de organizar una rotación corta, hacerla voluntaria para aquellos residentes que realmente estén motivados a realizarla (y les compense el gasto en desplazamientos), o simplemente, "dejarlo para más adelante".

Creemos que merece la pena dedicar un esfuerzo en estos primeros años para consolidar esta rotación en el programa de la especialidad en todas las Unidades Docentes.

Justificación de la docencia en el medio rural:

Más del 20% de la población de la Unión Europea vive en comunidades de menos de 2000 habitantes; en España, considerando los datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística de 2005 casi el 30% 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. Partimos por tanto de una clara situación de desigualdad. 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.

Pero... ¿por qué ofrecer docencia específica en medicina rural? Creemos que hay varias razones:

- El médico de familia rural atiende unas condiciones de enfermar que en muchos aspectos son cualitativamente diferentes, y con unas circunstancias estructurales que le obligan a adquirir determinadas habilidades que normalmente no son necesarias en el medio urbano, por lo que es importante una formación específica. Estas diferencias se incrementan en función de la distancia al hospital de referencia.
- Es posiblemente el contexto que ofrece las mejores condiciones para practicar la auténtica y original medicina de familia, incluyendo campos a los que, consciente o inconscientemente, los médicos urbanos han ido renunciando en la práctica: atención al niño, al embarazo, atención a la comunidad y atención continuada, entre otras.
- En el medio rural está el futuro laboral de muchos de los actuales residentes de MFyC, más incluso de los que proporcionalmente correspondería por población, pues como es sabido el número de pacientes asignados por médico es más bajo, y se precisan mayor número de facultativos para asegurar la asistencia permanente durante las 24 horas, llegando en zonas con baja densidad demográfica a necesitar hasta 6 médicos para 1000 habitantes, por ejemplo (centro de salud Lafortunada, en la provincia de Huesca).
- Algunas publicaciones aseguran que el hecho de conocer este medio favorece que luego se elija como lugar de trabajo ("recruitment") así como la permanencia posterior ("retention"), tan importante para asegurar la longitudinalidad de la asistencia⁹.

El objetivo fundamental de la rotación debe ser dotar al futuro médico de familia de las competencias necesarias para trabajar de forma adecuada en el medio rural, además de que adopte una actitud positiva ante el trabajo en atención primaria en el medio rural y reconozca la idoneidad del entorno rural para la aplicación de los elementos conceptuales que definen al médico de familia: atención integral y continuada al individuo, familia y comunidad.

Es importante que para la rotación corta por el medio rural cada unidad docente pueda escoger a los mejores tutores rurales en aquellos centros y consultorios con mayor nivel de aislamiento, sin establecer criterios en cuanto a espacios y equipamiento, personal, biblioteca, docencia o investigación, y dejando únicamente los requisitos individuales:

- Ser médico de familia.
- Realizar un proyecto docente.
- Experiencia profesional mínima de 1 año como médico de familia en el consultorio rural.
- Realización de actividades de formación, investigación y participación en actividades de mejora de la calidad.

Precisamente los déficits estructurales que pueden tener estos consultorios pueden ser un punto a favor para elegirlos como lugar de rotación, ya que las características del medio rural probablemente, ligadas al aislamiento, estén más representadas.

Propuesta de contenidos de la rotación:

En la rotación por las consultas rurales se deben abordar las mismas áreas de conocimiento que en el medio urbano, pero el tutor deberá hacer hincapié en los aspectos que la diferencian.

Objetivos docentes esenciales:

- **Comunicación asistencial:** Establecer, mantener y concluir una relación asistencial y terapéutica adecuada a las características del medio rural con las peculiaridades de la entrevista clínica a que se hace referencia en otro artículo de este número esta serie.
- **Razonamiento clínico:** capacidad para la toma de decisiones en condiciones de mayor incertidumbre, debido a la menor accesibilidad a algunas pruebas y a los especialistas, así como a las expectativas de la población rural de mayor capacidad resolutoria. Obliga a valorar de forma más rigurosa la utilidad de las pruebas complementarias y saber aplicarlas en la práctica clínica del medio rural.
- **Gestión de la atención:**
- Conocer las dificultades de trabajar en equipo en el medio rural debido a la dispersión de los profesionales.
- Conocer el funcionamiento de los equipos rurales, conocer las bases de la organización del centro rural, sin apoyo de administrativos, lo que provoca la necesidad de asumir sus tareas: métodos de citación, archivo, manejo y custodia de las historias y documentos clínicos, organización del día a día, material, condiciones adecuadas de los consultorios, salas de espera, accesos...
- Conocer y valorar los diferentes modelos organizativos de la actividad de la consulta, la actividad domiciliaria, la relación entre el personal médico y personal de enfermería en el medio rural.
- Conocer el manejo de varios consultorios a la vez.
- Conocer la legislación relativa al puesto de trabajo y los procedimientos relacionados con medicamentos, formulas, accesorios, material fungible y uso de vehículos (ambulancias) en el contexto del medio rural.
- **Bioética:** Aplicar el secreto médico y la confidencialidad en el medio rural, en ocasiones dificultado por la sociología típica del medio, con fuerte interrelación entre las personas y familias del pueblo y transmisión rápida de sucesos y opiniones, que obliga a desarrollar estrategias específicas de confidencialidad.

Conocer la responsabilidad de custodia de la historia clínica en el consultorio

Atención al individuo:

Junto con los conocimientos aprendidos en el hospital y los centros urbanos, se requiere un aprendizaje de habilidades técnicas básicas: RCP básica, atención al politraumatizado, inmovilizaciones, cirugía menor, y también técnicas de enfermería (hacer un ECG, poner una vía, realizar curas, vendajes), ya que en ocasiones se trabaja sin este apoyo profesional.

De especial interés es el manejo de las urgencias verdaderas, que en el medio urbano son atendidas por dispositivos específicos: hay que aprender qué material llevar en el maletín para atender en la carretera o en medio hostil (barrancos, ríos, montaña...) a un accidentado o a un paciente con IAM, conocer el manejo de las ambulancias de soporte vital básico, las técnicas de inmovilización y traslado de los heridos, etc...

Atención a grupos poblacionales y grupos con factores de riesgo:

Se incluyen todos los grupos (niño, adolescente, mujer, adulto, inmigrante...) pero con especial atención al anciano, al paciente inmovilizado, el paciente terminal y a las situaciones de riesgo familiar y social).

Atención a la familia y a la comunidad:

- Hay que conocer y aprender a manejar las estructuras familiares rurales. Pueden ser familias extensas, en las que el cuidado suele recaer en las mujeres, o por el contrario ancianos solos, sin el apoyo de los jóvenes que han emigrado. Tampoco es desdeñable la presencia de nuevos pobladores "neorrurales", atraídos por el campo, con características y personalidad diferenciada: creencias naturistas, conflictos con la vacunación, etc.
- Relaciones con instituciones locales: el mantenimiento y parte de la dotación de muchos de los consultorios locales depende de los ayuntamientos y la relación es estrecha.
- Medicina comunitaria y salud pública: el impacto sobre las diversas asociaciones, la escuela, el ayuntamiento, es más fácil de realizar e influir, así como en los condicionantes medioambientales de salud, que se conocen in situ: conocimiento del estado de las aguas, relación con veterinarios y farmacéuticos, zoonosis...todo ello está más presente en el quehacer diario de un médico rural debido a la normativa relacionada con las actividades de salud pública (antiguo jefe sanitario local).

Formación e investigación en el medio rural:

- Conocer las dificultades y las estrategias para continuar con la formación médica continuada en el medio rural.
- Conocer las posibilidades de realizar investigación en el medio rural, fundamentalmente por la ausencia de líneas que estudien las peculiaridades de la medicina rural.

Metodología docente recomendada:

El método básico en la formación en esta área es el autoaprendizaje dirigido y el trabajo en las consultas con los tutores, comentando los casos, estudiándolos y presentándolos, sin olvidar el estudio individual y las sesiones de presentación de casos. De forma complementaria es recomendable desarrollar los contenidos mediante una metodología activa y participativa, en sesiones teórico-prácticas. El contenido teórico debe ser impartido mediante pequeñas exposiciones participativas y/o ejercicios especialmente diseñados. Las actividades a realizar pueden ser:

Autoaprendizaje y Aprendizaje de campo

- Estudio y lectura de la bibliografía básica indicada, supervisada por el tutor. Planteamiento de dudas.
- Observación de entrevistas realizadas por el tutor, con explicación posterior de las mismas.
- Autoaprendizaje práctico como culminación de un proceso formativo, mediante la implementación supervisada: realización de entrevistas individuales, familiares (tanto en el centro como en domicilio) y actividades grupales y comunitarias supervisadas.
- Realización de una serie de genogramas (para valorar el concepto familia en el medio rural), supervisados por parte del tutor.
- Presentación de casos clínicos centrados en el paciente, en los que se contemple el contexto social y los condicionantes comunitarios, las limitaciones de la actuación médica en la consulta y la posible derivación o utilización de recursos del segundo nivel, actividades grupales y recursos comunitarios disponibles (grupos de autoayuda, educación grupal, asociaciones ciudadanas, servicios sociales).
- Introducción de algunos aspectos específicos del medio rural en la exposición de los casos clínicos en grupo de residentes/tutores.
- Consulta y atención coordinada de pacientes con otros niveles, con la trabajadora social y con servicios sociales.
- Supervisión de historias clínicas, comprobando si se contempla el contexto familiar, social y comunitario y el aprovechamiento de recursos comunitarios disponibles.

Trabajo grupal

- Discusión en grupo de residentes/tutores de la exposición de casos clínicos con manejo de la incertidumbre y razonamiento clínico centrado en el paciente, en el medio rural.
- Juego de roles sobre entrevistas con pacientes y en actividades grupales, reuniones con grupos ciudadanos.
- Foro de debate a través de Internet con otros profesionales que expongan también sus casos.

Clases y Talleres

Puede ser una opción interesante agrupar los conocimientos específicos de la medicina de familia rural en un curso-taller teórico-práctico.

Asumiendo la gran variedad de circunstancias de cada centro o consultorio Rural y los profesionales que en ellos trabajan, cada Unidad Docente debe analizar esta realidad para aprovechar los recursos formativos disponibles en su "entorno rural"; puede tratarse del medio idóneo para la mayor parte de la formación del residente en su rotación por atención primaria, o bien de un medio complementario a una rotación por un Centro de Salud Urbano. Por lo tanto, si se trata de una rotación corta por el medio rural, cada unidad debería priorizar para escoger a los mejores tutores rurales en aquellos Centros y Consultorios Rurales con mayor nivel de aislamiento, dentro de los límites que las circunstancias legales y laborales permitan. Se trataría de tutores de apoyo y su sistema de acreditación debe ser igual que el resto de tutores. Aquellas Unidades Docentes cuyas Áreas o Distritos de referencia no tuvieran ninguna zona rural, podrían asociarse con tutores rurales de otras Unidades.

Formación pregrado:

Finalmente, no queremos acabar este artículo sin remarcar que la rotación rural debería ser realizada también durante la formación pregrado en los últimos cursos de la carrera de medicina, por los mismos motivos que la postgrado. Sabemos que la introducción de la

medicina de familia en la Universidad como asignatura troncal es un tema pendiente, pero no por ello menos importante. Aún así, hay experiencias en medicina rural en diversas universidades, como la de Zaragoza, que desde hace al menos 20 años facilita rotaciones voluntarios durante los meses de verano en el ámbito rural.

Presentamos a continuación un documento que creemos ilustra a la perfección el tema que nos ocupa. Se trata del diario de campo de una estudiante de tercer curso de medicina, en el que narra su experiencia durante la rotación en las consultas de un centro de salud rural. La actividad se incluía como créditos variables de libre elección, en la Universidad de Lleida. En el diario, del que sólo hemos extraído algunos párrafos, la estudiante plasma las impresiones de todo lo que ha vivido con los pacientes, los médicos y otros profesionales.

Al principio de cada párrafo escribimos en cursiva el tema que desarrolla y las áreas de conocimiento a la que creemos corresponde:

(R) comentarios que hacen referencia específicamente a la medicina rural.

(MF) comentarios que hacen referencia a la medicina de familia en conjunto.

(M) comentarios que hacen referencia a la medicina como área de saber.

(Confidencialidad) (R)

El primer día de prácticas Ana me explicó que a un médico rural lo conocen todos los habitantes de los diferentes pueblos que atiende, y que eso tiene sus cosas buenas y sus cosas malas. Una de las cosas malas es la dificultad de mantener la confidencialidad. No es algo que la gente haga con mala intención, pero suelen preguntarle a la doctora que le pasa a Fulano, como se encuentra Mengano, etc. y crea una situación un poco embarazosa para el médico.

Ese mismo día tuve ocasión de ver un buen ejemplo cuando un paciente le preguntó a Ana si Fulano había sido intervenido de una hernia. La doctora le dijo que eso se lo tenía que preguntar a la persona en cuestión porque a nadie le gustaría que el médico hablase con los vecinos del pueblo de las enfermedades de un vecino. "¿Te gustaría a tí que dijese que José tiene lumbalgia si un vecino tuyo me lo preguntase ¿verdad que no?". Parece ser que el hombre lo entendió. Si yo hubiese estado en la situación de Ana hubiera hecho lo mismo...

(Técnicas de enfermería) (R)

Como las técnicas también son importantes, María José la enfermera me ha enseñado a hacer vendajes compresivos en extremidades, vendajes en dedos, y a poner inyecciones intramusculares ¡Cuántas cosas estoy aprendiendo!... Y Manolo, el otro enfermero, me ha enseñado a hacer isquemia en una extremidad para frenar la hemorragia de una herida.

(Vocación. Recruitment) (R)

(Principio de la rotación)... me apetece muchísimo hablar sobre un tema que durante estos últimos días me ha ido rondando por la cabeza. Como ya comenté en la primera página de este cuaderno soy estudiante de tercero de medicina, y aunque sé que es muy pronto todavía, me agobia bastante no tener claro la especialidad que me gustaría elegir al terminar la carrera y aprobar el MIR. Antes de empezar a hacer estas prácticas, la medicina de familia, no me entusiasmaba demasiado, pero durante estos días, mientras estaba en la consulta médica, en un domicilio o yendo en coche de un lugar a otro, me iba preguntando a mí misma: "¿Te gusta la medicina de familia? ¿Te ves capaz de hacer lo que hace Ana o Javier? ¿Te cansarías de ello al cabo de un tiempo?" ¡Qué difícil dar una respuesta segura a todas esas preguntas! La verdad es que la respuesta se decanta más a la afirmación que a la negación.

(Pros y contras de la medicina de familia) (MF)

Lo que me parece más interesante de la medicina rural es que el médico tiene conocimientos de todos los campos: "sabe de todo un poco", y la relación médico-paciente: ambos se conocen mucho, el médico está al corriente de los problemas familiares del paciente, de los problemas económicos, y también sociales, y ambos deben llegar a un acuerdo después de una negociación para establecer un tratamiento. También es importante tener en cuenta que el ritmo de trabajo de un centro de atención primaria no es el mismo que el de un hospital, donde todos los profesionales trabajan de acuerdo con una jerarquía más estricta, y bajo más presión; todo ello son ventajas, pero también le encuentro algún inconveniente:

- No existen quirófanos, y la cirugía me gusta bastante.
- Me parece muy interesante ser especialista en algo, saber mucho sobre una cosa concreta.

Veo que la elección va a ser difícil ¡Suerte que aún faltan días! Ana me comentó hace unos días que en medicina de familia pocas veces curamos a los pacientes, lo que se intenta es cuidarlos. Además el médico de familia también hace a veces de psicólogo, y para mí es un punto a favor. En fin, está la cosa difícil, pero lo que está claro es que haciendo estas

prácticas me estoy dando cuenta que la medicina de familia es una buena opción.

(El trabajo en equipo) (MF) (M)

Durante estas prácticas, y sobre todo en otras prácticas que hice en el hospital, me he dado cuenta que no son pocos los médicos que se sienten superiores al resto de la humanidad: infravaloran el trabajo de otros colegas delante de los pacientes, no aceptan que sus compañeros de trabajo los critiquen, les es difícil trabajar en equipo porque no saben ceder, etc.

Es muy difícil trabajar en equipo porque cada cual es como es, y cuando se es adulto es difícil cambiar. Pero no por eso voy a dejar de plantear cual sería la situación ideal, desde mi punto de vista, para conseguir un buen trabajo en equipo. Lo primero que debería hacer todo médico sería evitar infravalorar el trabajo de un colega. Además tenemos que ser conscientes de que todos nos equivocamos, aunque en medicina algunos errores se pagan caros. Lo segundo sería evitar confrontaciones entre compañeros... ¡Uf, que difícil! .Por eso es tan frecuente encontrar compañeros que no se llevan bien. Hay que potenciar constantemente el trabajo en equipo, porque todo son ventajas....

(Recruitment) (R) (MF)

(Al final de la rotación)....Ana me dice que eso es lo bueno de la atención primaria, porque se ve un poco de todo. Y yo también lo pienso. Creo que ese es uno de los motivos por los cuales me gusta mucho la medicina de familia (queremos destacar en este punto que al principio de las prácticas, Belén no tenía ninguna intención de elegir medicina de familia como opción laboral, y menos aun la medicina rural...)

El mes de agosto ya está a punto de terminar y con él mis practicas también están llegando al final....Y es que esto de la medicina engancha. Hoy, cuando Ana les decía a algunos de los pacientes que volviesen mas tarde del 31 de agosto yo pensaba: "Ostras, yo no voy a estar. Me voy a perder lo que va a pasar ".Es como empezar una película y quedarse a la mitad, sabiendo que nunca más vas a poder ver el final....

(Conveniencia de la rotación rural, de las clases prácticas) (MF) (M)

Pero es verdad, he aprendido muchas, muchísimas cosas. Cosas de medicina que ya me habían explicado en clase o que me explicarán durante los cursos siguientes, pero también valores, comportamientos, actitudes, situaciones que no se aprenden en la facultad, sino en el día a día, con la experiencia. Me he dado cuenta que tanto los pacientes como el médico tienen que esforzarse para mantener una buena relación; la gente es diferente en todos los sitios, y el médico debe adaptarse a los pacientes así como éstos deben adaptarse al médico. He aprendido también lo importante que es informar bien al paciente de lo que pasa y lo que tiene que hacer para tratarlo, y, sobre todo, lo sincera que debe ser la información que el médico da al paciente. Para ello es muy importante cuidar la forma de decir las cosas, sobre todo aquellas más difíciles y comprometidas. Dicen que todo puede decirse, pero con buenas palabras. Pues en medicina pasa lo mismo. Otro de los valores que destacaría sería la paciencia, sobre todo la que hay que tener con los pacientes que no siguen el tratamiento que manda el médico, ya sea porque no lo entienden, porque se le olvida o porque no tienen por costumbre obedecer. Para terminar me gustaría decir que lo que más he valorado de estas prácticas es ver la confianza que los pacientes depositan en el médico, en Ana. Es lo que a mí me gustaría conseguir si llego a ser médico.

