

14 artículo

Juan Gérvas [[Buscar autor en Medline](#)]

Mercedes Pérez Fernández [[Buscar autor en Medline](#)]



El médico rural en el siglo XXI, desde el punto de vista urbano

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

Las tendencias demográficas llevan a la desaparición del mundo rural, por incorporación de sus habitantes al medio urbano. Además, existe un futuro negro para el campo en los países desarrollados, pues los ciudadanos urbanos lo utilizarán de "parque temático" para sus días de ocio y descanso. Frente a dichas tendencias y frente a un negro futuro, la Unión Europea está realizando un esfuerzo de revitalización del mundo rural, de mantenimiento y mejora de su hábitat que puede llegar a retrasar y a revertir la pérdida de población y a cambiar en activo y vivo el mundo rural, para evitar la transformación del campo en un puro escaparate para disfrute del "urbanitas" ocioso.

La llegada de la democracia a España conllevó la descentralización del poder, y la potenciación de las regiones (autonomías). Con ello se dio una oportunidad al moribundo campo, al que empezaron a llegar recursos, un aliento vital que potenció años después el ingreso en la Unión Europea. Algunas Comunidades Autónomas han tenido éxito en sus políticas de mejora de la calidad de vida en el hábitat rural, y están manteniendo "vivo" el campo, pues la población crece y se desarrolla en el mismo, y a costa de un trabajo que allí se genera. Sirvan de ejemplo Cataluña, Islas Baleares, Madrid, Navarra y País Vasco.

En este trabajo consideraremos el contraste rural-urbano como médicos que hemos pasado voluntariamente de trabajar de la ciudad al campo, en la Comunidad Autónoma de Madrid, en el siglo XXI, en el sistema sanitario público. Escribimos conservando el punto de vista personal urbano, de médicos de cabecera que han ejercido un cuarto de siglo en la ciudad de Madrid y pasan a trabajar al campo, en búsqueda de una mejor calidad de vida personal y profesional. Reflexionamos teniendo en cuenta nuestra propia experiencia y la literatura científica publicada al respecto. Incluimos, además, una serie de "viñetas", ejemplos concretos y reales, que sirven de exposición de casos y cosas, para trasladar vívidamente al lector al medio que describimos.

Empotrados

Durante la invasión de Irak, en 2003, los ejércitos de EEUU y sus aliados incorporaron a los periodistas casi como parte de las tropas. Los "empotraron". Convivían con los soldados, recibían información exhaustiva, y participaban inermes en las batallas. Algunos murieron por ello, pues no era ficción ni retaguardia lo que describían. A cambio de ese privilegio de escribir en primera línea, los periodistas perdieron objetividad; los habituales sesgos de información se multiplicaban por los nexos de amistad y colaboración con los soldados y los mandos. No se puede escribir imparcialmente cuando se vive en uno de los frentes compartiendo sudor y lágrimas con sus combatientes. Por supuesto, este objetivo implícito nunca se reveló como tal, pues el objetivo declarado era el de dar mayor posibilidad de generar información en primera persona desde primera línea.

El médico rural vivía "empotrado" en su comunidad. Tras la reforma de 1984, y más en el siglo XXI con las mejoras de las comunicaciones, muchos médicos rurales pierden la oportunidad de empotrarse en la comunidad y pasan a vivir en las ciudades, de forma que se trasladan a diario a sus trabajos y vuelven a dormir "a casa", a la ciudad, donde está la familia. Actúan como "paracaidistas" que llegan y se van. Sin embargo, persisten médicos que buscan esa incardinación en la comunidad, ese empotrarse en las mismas, ese pertenecer al medio en el que se trabaja. Empotrado, uno vive en primera línea y comparte sudor y lágrimas con los pacientes, que devienen vecinos. Como se deduce,

bibliografía

1. Farmer J. Connected care in a fragmented world: lessons from rural health care. *Br J Gen Pract.* 2007;57:225-30.

2. Gérvas J, Segura Benedicto A, Seminario Innovación Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención primaria en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2007 [en prensa].

3. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clí (Barc).* 1996;106:97-102.

4. Field J. Social capital. London: Routledge; 2003.

5. Chew-Graham CA, May CR, Roland MO. The harmful consequences of elevating the doctor-patient relationship to be a primary goal of the general practice consultation. *Fam Pract.* 2004;21:229-31.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



empotrado uno pierde objetividad. Lo que se gana en conocimiento, en pasión sesgada, se pierde en distanciamiento, en frialdad serena.

Existen diversos grados de empotramiento, desde el vivir en el centro del pueblo a vivir en las afueras, o en un pueblo cercano. Pero el médico empotrado se caracteriza porque es un vecino más del pueblo o de la comarca, y sufre en carne propia las ventajas e inconvenientes del hábitat rural¹. En la actualidad, en zonas rurales como las de la Sierra Norte de la Comunidad de Madrid, eso supone en lo personal una enorme calidad de vida, por los sobre-abundantes recursos públicos que ayudan a vivir y a disfrutar de una zona natural privilegiada.

Integrados

El médico rural empotrado vive integrado en la comunidad. El objeto de su atención sigue siendo el individuo que consulta, pero en su contexto familiar, en su comunidad, con su peculiar cultura (**viñeta 1**). El médico rural tiene, pues, una comunidad fácil de identificar, en la que puede llegar a integrarse. Este "identificar a la comunidad" empieza a ser raro en la ciudad, donde el paciente es la persona individual que consulta, cuya familia no siempre se conoce, ni siempre se integra en el mismo cupo, y ni siquiera el barrio de pertenencia tiene personalidad característica². En el medio urbano los individuos viven en un lugar, pero muchas veces como una circunstancia casual, y sus redes de amistades y contactos son frecuentemente virtuales, ajenas a la geografía clásica. La comunidad urbana es, en muchos casos, sólo una entelequia.

Hay muchos recelos ante la vida integrada en un pueblo. Parecería que se pierde independencia personal, y que los pacientes pueden terminar agobiando si pretenden "controlar" la vida y milagros el médico rural. Desde luego, uno se vuelve "transparente", pero no más que el resto de los componentes de la comunidad. Con amabilidad y firmeza se pueden rechazar los avances excesivos en la intromisión en la vida personal, sin que ello cree rechazo. Por ejemplo, basta no invitar para no ser invitado ("el que a mi casa no viene, de la suya me echa"). Pero, respecto a la calidad de vida, y a la salud, el pertenecer a una comunidad en la que tienes existencia y en la que cuentas, como cuenta todo el mundo, tiene sus ventajas (**viñeta 2**). La solidaridad comunitaria abarca al vecino, también al inmigrante y al recién integrado, y va desde el nacimiento hasta la muerte, pues todo miembro cuenta, y nada le es ajeno al que pertenece a la comunidad. Así puede decirse "¿quién se nos ha muerto?" cuando las campanas doblan para anunciar la muerte, que allí no pasa desapercibida como en la ciudad.

En lo práctico, la existencia de una comunidad definida y bien conocida da una base poblacional ideal para trabajar con un sentido clínico epidemiológico ("si espero un cáncer de pulmón por año, ¿cómo es que llevo tres sin diagnosticar ninguno?"). Por lo mismo, los aciertos y errores del médico son obvios y públicos, y cementan o destruyen con facilidad su reputación y autoridad profesional.

Algunas ventajas de la integración

En el medio rural, la comunidad tiene una definición casi corpórea, y si el médico está empotrado forma parte de la misma. La información circula con fluidez, y a lo largo de años se construye una historia común que facilita en mucho la atención, por su continuidad (seguimiento de un problema) y por su longitudinalidad personal y familiar (seguimiento del conjunto de los problemas del paciente y de su familia)³. Pero no sólo tiene beneficios de economía, de racionalidad, sino que añade valor social, beneficios intangibles que conocemos como "capital social" por ser un conjunto de recursos y valores, como cohesión y confianza, que ayudan a mantener una comunidad (⁴). El médico forma parte de un conjunto variopinto de recursos que dan identidad y fortaleza a la comunidad, como los maestros, las asociaciones de mujeres, de ancianos y de cazadores, la comisión de fiestas, y otras (**viñeta 3**).

La relación con el médico se convierte en parte de una historia en la que es "económicamente" beneficioso no ser oportunista ni aprovechado, sino crear una relación de confianza y mantenerla como un tesoro que facilita el seguimiento de los problemas de salud personales y familiares. Con ello es raro que haya violencia en la consulta, por ejemplo. Estar integrado y empotrado es algo que facilita en mucho el trabajo clínico. La relación profesional se complementa con la relación vecinal, con el participar conjuntamente de los beneficios y los problemas que afectan a la comunidad. Se facilita, así, la toma de decisión ante problemas de salud, y el médico rural cuenta con un cúmulo de conocimiento y recursos del que carece el médico urbano. Por ejemplo, ante una fractura de metacarpiano se puede deducir fácilmente la repercusión en la vida laboral y familiar cuando se sabe que la paciente cuida no sólo de su madre, anciana viuda, sino de un vecino solterón al que le une algo más que la simple vecindad.

Algunas desventajas de la integración

Estar integrado tiene sus inconvenientes, y es posible que se pierda a veces la necesaria "distancia terapéutica". Los pacientes no deberían ser amigos, pues la amistad puede romper la independencia de juicio que se precisa para decidir con objetividad el mejor

curso de acción, tanto en procesos agudos como crónicos. Por ejemplo, el consejo sobre hábitos como tabaquismo y alcoholismo deviene comprometido⁵. Los pacientes pueden verse forzados a no discutir sugerencias con las que discrepan, las cuestiones espinosas pueden relegarse por médico y paciente casi indefinidamente en espera de mejor oportunidad que nunca llega, y el saberse mutuamente conocidos puede llevar a falsas conclusiones, por los prejuicios¹. Sin querer, a todo el mundo se le atribuye un carácter y una conducta, y tiende a explicarse con ello los cambios y alteraciones de la normalidad. A veces eso significa un retraso diagnóstico, por ejemplo, en un cáncer de cerebro.

Al médico se le llega a conocer demasiado, lo que puede disminuir sus posibilidades de intervención. "Ya sabes lo maniático que es con el tabaco. No le hagas caso. Su padre era gran fumador y murió de cáncer de pulmón". Por ejemplo, se puede llegar a saber cuándo sí y cuándo no receta antibióticos en un catarro, o en qué campos es más inseguro y deriva a urgencias innecesariamente. El mutuo conocimiento conlleva, a veces, abuso y dificultad de resistencia al abuso. Por ejemplo, la consulta en el bar, o incluso en el baile de las fiestas (fácilmente evitable con la negativa acompañada del dicho "consultas de pasillo ni dan fama ni engordan el bolsillo"). También, la solicitud de pruebas innecesarias, o el uso fraudulento de la baja laboral, o de la receta de pensionista. La firmeza desde el principio ayuda a que los pacientes, vecinos y veraneantes sepan distinguir los límites lógicos, sin casi tener que llegar a ponerse colorado en ningún momento.

Chico para todo, de todo

Cuando el medio rural es disperso, el centro de salud rural tiene "anejos", que a veces son muy importantes en la organización del trabajo diario. Así, en el de los firmantes, de montaña, con unos 5.000 habitantes en total, hay 40 núcleos de población. Aproximadamente 2.000 habitantes residen en el núcleo principal. Atender a los otros 39 pueblos requiere un enorme esfuerzo logístico, más complicado por cuanto cada médico atiende más de un pueblo. Dicho esfuerzo supone más trabajo administrativo (citas y re-citas), el desarrollar tareas de celador (de telefonista a contacto con quien pueda arreglar el grifo, por ejemplo), convertirse a ratos en cartero y en mensajero transportista, conducir por carreteras en todas las condiciones climáticas (con coche propio, económicamente mal compensado), cumplir labores de enfermería (inyecciones, curas, limpieza de cera en conductos auditivos), etc.^{6,7}. No es lo más difícil el trabajo clínico, sino la organización necesaria para soportarlo. Por ejemplo, si se hace cirugía menor, hay que realizarla y, además, iniciar el circuito de la anatomía patológica con el transporte de las muestras. Lo mismo con la toma citológica, o con el frotis vaginal. Y ello en cada pueblo, al que nadie excepto el médico lleva el formol, o los hisopos, y el resto del material necesario. Los olvidos conllevan viajes de más, por lo que evitarlos constituye una preocupación permanente.

Sobre estas cuestiones puramente logísticas se añaden las responsabilidades médicas ampliadas⁶⁻⁸. Se multiplican las situaciones a resolver y los problemas a atender. Por ejemplo, forman parte de los deberes clínicos diarios la pediatría, la ginecología, la traumatología y las urgencias. Estas tareas se convierten en parte de la rutina por razones obvias, de distancia, y porque a la población rural le suele gustar recibir la atención más completa posible en su ambiente (^{1,9}). Responder a esta expectativa puede exigir una renovación permanente en técnicas, habilidades y conocimiento de áreas aparentemente alejadas del cometido diario del médico de primaria, pero de mayor sencillez de la esperada. Por ejemplo, la inserción de pesarios. Los pacientes agradecen esta polivalencia de "su" médico, y el médico rural se siente gratificado con la reputación que conlleva una alta capacidad de resolución de problemas^{10,11}.

Como se deduce, la polivalencia y el ser "chico para todo, de todo" se imponen en muchos casos por el trabajo en solitario. El médico rural es casi un profesional independiente. Los núcleos geográficos aislados se atienden una o varias veces en la semana, y lo habitual es que el médico pase solo la consulta. Por ejemplo, atiende el teléfono, cose una herida, valora una radiografía y hace una exploración ginecológica sin apoyo ni de compañeros, ni de administrativos ni de personal auxiliar alguno. Eso tiene ventajas e inconvenientes, y en cualquier caso exige seguridad y aplomo, además de una prudencia constante.

Medios, ¿insuficientes?

Por comparación con el medio urbano, suele admitirse un infra-dotación de medios materiales y personales en el mundo rural^{9,12,13}. Puede ser cierto en general, pero en algunas zonas la dotación es suficiente, por comparación con la urbana (^{6,8}). Consideremos, por ejemplo, el centro de salud de Daroca (Zaragoza)¹⁴. Para atender a 4.500 habitantes, distribuidos en 30 núcleos de población (la mitad de ellos en Daroca), cuenta con ocho médicos, seis enfermeras y un administrativo a tiempo completo, y a tiempo parcial un farmacéutico de zona, una matrona y un pediatra, más dos residentes, y para las guardias, en turnos rotatorios, dos enfermeras y cuatro médicos de refuerzo. Esta dotación es similar a la del centro de salud de Buitrago del Lozoya, donde para 5.000 habitantes hay ocho médicos, cinco enfermeras, un administrativo y un celador a tiempo completo, y a tiempo parcial un matrona y dos pediatras, más en verano un médico de

refuerzo, y para hacer las guardias personal médico, enfermero y técnico como Servicio de Atención Rural y Unidad de Atención Domiciliaria. Sin contar las trabajadoras sociales, y otro personal de apoyo. Hay zonas rurales de Castilla-León en que todavía es mayor la dotación de personal. Además, existen servicios de emergencias, dotados de ambulancias equipadas para todo evento, y helicópteros para traslados urgentes o especiales.

En cuanto a los medios materiales, los centros rurales suelen tener lo suficiente para cumplir con desahogo la cartera de servicios y atender las urgencias¹⁴. Esta situación se ve en otros ambientes rurales de países desarrollados, como Australia, donde al comparar la actividad de médicos rurales y urbanos, los primeros tienen mayor variedad y más intervenciones con más medios en la propia consulta¹⁵.

En la comparación australiana mencionada se comprueba un aumento de población por médico en las zonas rurales (más pacientes por médico cuanto más rural y aislado es el medio geográfico). Por ello los pacientes rurales tienen menos accesibilidad y hacen menos consultas, mientras los médicos rurales, en justa correspondencia, tienen más pacientes "nuevos". Esta panorámica contrasta vivamente con el cuadro rural español descrito, de sobreabundancia de profesionales, donde puede ser normal que el médico tenga de media 400 habitantes y menos, y donde la accesibilidad es tal que el uso medio por habitante y año suba hasta las 16 visitas, y más. La disminución del cupo complica el mantenimiento y perfeccionamiento de técnicas y habilidades diagnósticas y terapéuticas que precisan de una necesaria frecuencia en la consulta⁶.

La demostración práctica de la mayor accesibilidad se percibe en algunas situaciones especiales, como en la presión de los veraneantes por suministrarse de medicamentos ("aquí es mucho más cómodo") y en las poblaciones muy pequeñas, en las que las consultas semanales se llenan con todos los pobladores, todos los días, todas las semanas ("es como cuando llega la camioneta del Hilario, el de las aceitunas, siempre hay algo que comprar y, si no, comentar"). Esta accesibilidad, con sus inconvenientes, facilita el cumplimiento de muchas expectativas sociales y aumenta la satisfacción con el sistema sanitario en las áreas rurales^{1,6}. La mayor satisfacción con la atención sanitaria no es sólo consecuencia de un mayor estoicismo en el enfermar, o de una menor expectativa, pues la población rural sabe expresar intensa insatisfacción frente a las carencias de otros servicios¹. Probablemente hay mayor satisfacción por haber más tiempo de atención, más posibilidades de tratar problemas variados (no sólo orgánicos), y más centrados en la persona en su ambiente.

La accesibilidad a un médico rural polivalente y competente compensa, hasta cierto punto, la dificultades en el acceso a los especialistas y pruebas complementarias, que habitualmente obligan a desplazamientos (las aplicaciones de la telemedicina son por ahora escasas). Aunque existe una tendencia a concentrar médicos para mejorar la accesibilidad y ofrecer más variedad de mini-especialidades (desarrolladas por médicos de primaria) "más no es equivalente a mejor", en la afortunada crítica rural inglesa a esta tendencia en su país¹⁶.

Autoridad reconocida

El médico rural forma parte de las "fuerzas vivas", y más si está empotrado e integrado en la comunidad. El médico sigue siendo un personaje público conciliador, con cuya autoridad se cuenta como capital social^{1,6,7}. Conviene no ejercer esa autoridad sin necesidad, y no perderla tontamente. Para evitarlo hay que sortear más de un canto de sirena que intenta inclinar la balanza y atraer al médico para sumarse a alguna facción en disputa (conviene la ecuanimidad). Naturalmente, esto nunca es problema en el medio urbano, donde el médico apenas existe como personaje público más allá del centro de salud.

Por otra parte, es muy importante el contacto fluido con otras autoridades, especialmente con los alcaldes. El poder de los alcaldes democráticos es enorme, por más que ellos sientan, como los médicos rurales, que no tienen ni medios ni crédito. El trabajo fluido con los alcaldes facilita la resolución de problemas, y puede servir incluso de catalizador para facilitar respuestas lógicas por parte de los gerentes. Además, muchos recursos de los consultorios locales dependen de los ayuntamientos, desde la limpieza a la renovación de los mismos, así como la calefacción y el mantenimiento. Los alcaldes son aliados que pueden cooperar para establecer y modificar horarios, e incluso para ayudar a dar solución a problemas que se escapan del ámbito clínico (**viñeta 1**).

Es importante, también, tener buen contacto con los maestros de la escuela y de la guardería. Una buena relación facilita el trabajo con las madres y con los niños fuera del ambiente de la propia consulta (**viñeta 3**). En el medio urbano esta labor es también importante, pero resulta mucho más difícil y menos "natural".

La relación con los farmacéuticos rurales no es siempre fácil. A veces chocan los intereses de supervivencia de una pequeña farmacia rural con los de la prescripción racional. Es importante solventar en lo posible las discrepancias, pues los farmacéuticos rurales realizan una labor encomiable, con márgenes comerciales inverosímiles. De todo ello hay poco en el medio urbano.

Conclusión

La calidad de vida en el hábitat rural puede empezar a atraer a médicos urbanos, quienes tendrían que sopesar los profundos cambios que supone la práctica de la atención primaria rural, con sus ventajas e inconvenientes. Muchos políticos, gerentes y profesionales sanitarios piensan, equivocadamente, que el medio rural supone sólo dispersión, sin otros cambios apreciables respecto al medio urbano⁹. Conviene tener claro que el mundo rural implica una atención muy distinta a la que se presta en el ambiente urbano. Querríamos destacar, especialmente, la visión del médico rural como componente esencial del capital social de dicho hábitat. Los médicos rurales deberíamos ser polivalentes y competentes, y además conscientes de nuestro papel social, conciliador y prudente.

