



Abril | 2017

Presente y futuro de la medicina en el ámbito rural en Castilla y León

Análisis y propuestas para el futuro de la atención
primaria de Salud



Junta directiva 2016-2020

Presidenta-. Elvira Callejo Giménez

Vicepresidente-. Eduardo Lamarca Pinto

Secretario-. Andrés Álvarez Hodel

Tesorera-. Isabel Gutiérrez Pérez

Vocal Enlace SemFYC-. Fernando García Martín

Vocal de Investigación-. Ángel Carlos Matilla Cubillo

Vocal de Grupos de Trabajo-. Natalia Santamarta Solla

Vocal del PAPPs-. Azucena Carrera Camarón

Vocal del Pacap. Daniel Araúzo Palacios

Vocal de Docencia: Alfonso Romero Furones

Vocal de Comunicación-. Gemma Almonacid

Vocal de Residentes-. Cristina Laserna del Gallego

Vocal de Jóvenes médicos. Sara del Amo Ramos

Vocal de Ávila-. Miguel Ángel Gutiérrez Almarza

Vocal de Burgos-. Francisco Javier de Juana Izquierdo

Vocal de León-. Ana Pérez Laorden

Vocal de Palencia-. José Ramón Garmendia

Vocal de Salamanca-. Sara Cascón Pérez-Teijón

Vocal de Segovia-. Carmen Barreales González

Vocal de Soria-. Pilar Ruiz de Galarreta Zurbano

Vocal de Valladolid-. Marta Marina García Alonso

Vocal de Zamora-. Eva Sánchez Martín



ÍNDICE

Introducción	4
DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades)	6
Aspectos internos:	6
Debilidades del sistema actual	6
Fortalezas del sistema actual.....	11
Aspectos externos:.....	13
Amenazas al sistema actual.....	13
Oportunidades que se presentan en el sistema actual	14
Propuestas	16
i. La organización de los equipos	16
ii. La organización y estructura de la atención.....	16
iii. Incentivación	16
1. La organización de los equipos.....	16
2. La organización y estructura de la atención	17
3. Incentivación	19



Proyecto presente y futuro de la medicina en el ámbito rural en Castilla y León

Introducción

Hace unos meses en el seno de la SocalemFYC, se planteó la necesidad de hacer una profunda reflexión sobre el modelo de atención sanitaria que existe actualmente en el ámbito rural en nuestra Comunidad. A medida que hemos ido avanzando en esta idea, hemos visto cada vez más clara la necesidad de la misma.

Este proyecto, contribuye a uno de los objetivos de esta Sociedad Científica: **la defensa de una atención primaria de calidad, dentro del sistema público de salud.** Y para ello, consideramos necesario recuperar la ilusión en nuestro trabajo como médicos de familia, ejerzamos donde ejerzamos.

Queremos dejar claro que, como sociedad científica que somos, el interés que nos mueve es la calidad de la atención que damos a nuestros pacientes. La pregunta que nos hacemos es: la atención sanitaria que reciben los habitantes del medio rural en Castilla y León, ¿es la mejor que podemos dar?

Lo que pretendemos con este documento es aportar un punto de vista profesional, la voz de los profesionales, de los expertos en el terreno. No sólo sobre las dificultades y las amenazas, que ya sabemos que son muchas e importantes, sino sobre esas fortalezas que tiene el sistema y las oportunidades que se avecinan, para proponer cambios, y vencer esas dificultades.

No hace falta insistir en que para nosotros, los médicos, sobre todo los de atención primaria, lo prioritario son nuestros pacientes. Somos los más cercanos a ellos, los que mejor conocemos sus necesidades, ellos son la razón de ser de nuestro trabajo, y su correcta atención, nuestra principal prioridad. Lo que queremos mantener y lo que proponemos cambiar, es siempre pensando en ellos.



Vivimos una época de incertidumbres y desilusiones. Hemos visto cómo se han reducido los presupuestos de la sanidad en general, pero de la atención primaria en particular (mayor reducción sin haber disfrutado de los beneficios de la recuperación inicial). Vemos como muchos de los compañeros van desistiendo de luchar por la mejora de la atención primaria. Vemos cómo se van los residentes a otras comunidades, otros países e incluso, a otras especialidades.

Pero también vemos que **es un tiempo de oportunidades**, hay mucho por hacer, hay profesionales con buena preparación y muchas ganas de ejercer la medicina desarrollando todo aquello que saben. Y hay cambios tecnológicos que nos permiten dar más servicios y de formas nuevas.

Y por ello, creemos que es momento oportuno para hacer un análisis de la situación y proponer un modelo de atención sanitaria en el ámbito rural que pueda ser satisfactorio para todos, pacientes y profesionales.

¿Cómo se ha desarrollado el proyecto “Presente y Futuro de la Medicina en el ámbito rural en Castilla y León”?

En el mes de mayo de 2016 solicitamos la participación de los socios interesados en el tema para realizar un análisis de las dificultades y fortalezas, las amenazas y oportunidades (DAFO) entre dichos socios.

Posteriormente en el mes de octubre del mismo año realizamos una jornada presencial con médicos de toda Castilla y León, socios o no, pero conocedores de la situación, para priorizar las propuestas que se consideraran más necesarias.

Con las aportaciones de ese debate, que enriquecieron el documento inicial, hemos elaborado este documento final, para su difusión entre los agentes que puedan estar interesados.

Solo nos queda agradecer a todos aquellos que han colaborado en este trabajo, el esfuerzo y la ilusión que han dedicado. Esperemos que el resultado pueda ser útil a aquellas personas de cuyo trabajo depende la sanidad en el mundo rural de nuestra comunidad.



DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades)

La atención primaria en el mundo rural en Castilla y León tiene muchos aspectos mejorables:

- Hay muchos aspectos que hacen ineficientes al sistema.
- Los profesionales trabajan en condiciones inadecuadas.
- Se ha perdido el trabajo en equipo.
- Hay deficiencias en la estructura (consultorios).
- Hay problemas de organización.

Todo ello repercute en la calidad de la atención. Aunque el profesional esté capacitado, la falta de recursos hace que tenga poca capacidad resolutive.

Sin embargo, a pesar ello y del envejecimiento de la población en el mundo rural y su dispersión, muchos de los aspectos pueden ser mejorados.

Aspectos internos:

Debilidades del sistema actual

Ineficiencia del sistema

- Castilla y León, tiene una densidad de población muy baja, en comparación con la media nacional (26.5 habs./Km², frente a los 92.4 habs./Km² de España).
- Con una población que supone el 5% de la población nacional, dispone del 36 % de los consultorios del territorio (más de 3.600). De ellos, más de 1.500 en núcleos de población de menos de 50 habitantes.
- Los profesionales sanitarios se desplazan de consultorio en consultorio para realizar la atención; consultorios con un equipamiento inferior al del centro de salud, por lo que la asistencia necesariamente se resiente.
- Los profesionales del sistema, altamente cualificados, pasan muchas horas en sus desplazamientos. Hay más de 2.300 profesionales (médicos de Familia y profesionales de enfermería) atendiendo una media de 2,82 consultorios/médico. Más de la mitad de los profesionales, se desplazan fuera del centro de salud. Se estima que cada día se recorren 70.000 Km en total.
 - Ese tiempo de desplazamiento va en detrimento del tiempo de atención al paciente



- Se paga a precio de profesional médico o de enfermería jornadas que discurren en carretera, en un elevado porcentaje de las mismas, lo cual es muy ineficiente.
- Casi un 30 % de los médicos tiene cupos de menos de 500 habitantes y más del 53%, menos de 1.000. Los profesionales que tienen cupos muy pequeños pierden habilidades, tal y como está técnicamente demostrado.
- Se mantienen muchas zonas basadas en criterios arbitrarios y no en criterios racionales de población y utilización eficiente de los recursos. Pese a ello, hay gran dificultad para consensuar una reestructuración de las ZBS adaptada a las verdaderas necesidades de la población.
- El médico en muchos casos tiene que hacer tareas que no le son propias:
 - Trabajo de enfermería.
 - Trabajo de administrativo.
 - Tareas de limpieza, de celador... hasta de encargado de la seguridad y orden público.
 - En muchos de los casos realiza funciones propias de los servicios sociales.
 - Realiza tareas como llevar recetas a la Farmacia y documentos del consultorio al centro de salud, y viceversa, lo cual está expresamente prohibido por normativa.
- Efectos sobre la atención:
 - El mantenimiento de numerosos consultorios genera una alta frecuentación.
 - El exceso en la accesibilidad banaliza la relación con el médico y el trabajo que este realiza.
 - En ocasiones se tiene una actitud pasiva ante la enfermedad, y, ante la falta de recursos, se hace una medicina menos ortodoxa, menos ajustada a los estándares de atención, más empírica, y menos intervencionista; escasamente preventiva y sin realizar promoción de la salud.
 - Agudización del modelo paternalista de la relación médico-paciente.
 - Dificultades para mantener la confidencialidad y el respeto a la intimidad en núcleos tan reducidos.

Problemas para el profesional

- **Soledad y aislamiento:**
 - Se aprecia un sentimiento de los profesionales de abandono por parte de la Administración:
 - Por todas las administraciones tanto nacionales, como autonómicas.



- Por las gerencias de Atención Primaria, siendo este abandono todavía un poco mayor en el caso de los equipos de Atención Primaria de salud del ámbito rural, seguramente por estar más lejos físicamente.
 - Equipo: hay muy poca relación de equipo.
 - Hay poco sentimiento de equipo y poco trabajo de equipo.
 - Escasa relación entre los profesionales del equipo de Atención Primaria. En parte se debe, a que de forma habitual los profesionales no coinciden en el centro, no se ven físicamente (por salientes de guardias, acumulaciones, vacaciones, etc.).
 - Hay equipos muy pequeños (con 2 ó 3 personas, como ocurre en algunos centros) en los que es difícil que pueda haber ese trabajo en equipo.
 - Unidad Básica Asistencial médico-profesional de enfermería: Hay muchos cupos en los que no se puede trabajar conjuntamente y de forma coordinada. No se coincide física ni temporalmente.
 - Pocas actividades de equipo (porque los profesionales, salvo los que trabajan en el centro de salud, pasan su jornada en los consultorios) y escasa implicación en las mismas.
 - No hay posibilidad de consultar dudas con compañeros.
 - Dificultad de acceso a fisioterapia, servicios sociales y otros servicios.
 - No hay integración de médicos y profesional de enfermería de área, sintiéndose éstos fuera del equipo.
- **Inquietudes profesionales**
 - Dificultades y pocas posibilidades para:
 - Formación continuada: en el equipo, por docentes externos, para asistir a actividades como congresos, jornadas, cursos, etc.
 - Docencia: Escasa presencia de residentes.
 - Investigación.
 - Baja consideración profesional:
 - Trabajo de menor atractivo para muchos médicos.
 - No atrae el interés de futuros médicos, a los médicos internos residentes (MIR).
- **Problemas comunes con otros profesionales**
 - Falta de motivación del personal.
 - Carrera profesional: Inequidad y desincentivación, de la manera en que se ha producido.
 - Situación laboral incierta, insatisfacción, precariedad.



- Burocratización.
- Primacía de la gestión economicista sobre la calidad de la asistencia.
- **Desplazamientos**
 - Riesgo laboral asumido por el trabajador en los desplazamientos, que además realiza con su propio vehículo.
 - Pero la asunción de dichos desplazamientos por parte de la empresa haría aún más ineficiente al sistema.
- **Problemas de la estructura.**
 - **Deficiencias en las instalaciones**
 - Estructura física e instalaciones deficitarias: frío, humedades, oscuridad, falta de agua caliente...
 - **Falta de equipos básicos**
 - Para exploraciones básicas de atención primaria (electrocardiograma, espirometrías...).
 - Para atención de urgencias graves.
 - **Menos alcance y acceso a la tecnología**
 - Hay más de 2.700 consultorios no informatizados, todos ellos en núcleos de menos de 500 habitantes.
 - Portátiles sin acceso a internet en los consultorios de los pueblos pequeños (que hay que actualizar en el centro de salud).
 - No hay conexión con el hospital de referencia.
 - Imposibilidad para el uso de la receta electrónica y de la historia electrónica, cuya llegada es inminente.
 - **Falta de comunicación con el nivel hospitalario**
 - Menos accesibilidad a la atención de segundo nivel.
 - Menos acceso a pruebas diagnósticas.

Problemas de organización

- **Poca capacidad de autogestión**
 - Unido a la gran cantidad de consultorios que cubrir y la falta de liderazgo de los coordinadores, propicia que existan múltiples problemas para organizar la atención.



- Esto problemas se han agravado en los últimos años con la falta de cobertura de ausencias (vacaciones, permisos y libranza de guardias). Y ello es causa importante de la desintegración de los equipos.
- **Mala distribución de los cupos**
 - Fuente de **conflicto** en los equipos
 - Hay mucha diferencia en las cargas de trabajo dentro del equipo de atención primaria de salud: con cupos excesivamente pequeños y cupos grandes en las cabeceras.
- **Guardias**
 - Obligatoriedad de realizar guardias y excesiva dependencia salarial de las mismas.
 - Descanso obligatorio y no sustituido tras la guardia: La libranzas después de la guardia no sustituidas provocan un exceso de cambios de los profesionales que atienden a la población y contribuyen a la ruptura del equipo médico-profesional de enfermería.
 - Aumento progresivo de “incidencias,” por plantillas con edad media elevada.
- **Algunos profesionales son resistentes a los cambios:**
 - Por comodidad y temor a perder “calidad de vida”.
 - Hay una falta de control en los horarios, que favorece que haya profesionales que empiecen su trabajo más tarde o lo terminen antes en los consultorios y no pasen por el centro de salud.
 - Los profesionales que están en contra de los cambios, hacen muy visible su rechazo, mientras que los profesionales que están a favor apenas lo evidencian.
 - Las quejas o rechazo de los profesionales tiene una repercusión mediática/social importante. Todo lo relacionado con la salud y con el medio rural tiene mucha potencia entre los medios de comunicación y las instituciones: ayuntamientos, diputaciones, delegaciones territoriales...
 - La capacidad del médico de movilizar o generar presión en el cupo que atiende, es muy grande.



Fortalezas del sistema actual

Dispersión:

- **Red de centros de salud**
 - Existe una buena red de centros de salud, con una adecuada dotación estructural y tecnológica, aunque esta última sea mejorable.
- **Distancias**
 - La mayoría de las poblaciones se encuentra en isócronas de 30 minutos respecto al centro de salud.
- **Buena red de carreteras y mayor disposición de vehículos por parte de los usuarios**
 - La actual distribución de ZBS y consultorios responde a una historia con una red de carreteras mucho peor de lo que es la actual, y a una escasa dotación de medios de transporte entre los ciudadanos.
 - Actualmente la red de carreteras ha mejorado y los usuarios disponen de mejores medios y vehículos.
- **Sistema de transporte a la demanda:**
 - Ya hay experiencias en Castilla y León de sistemas de transporte a la demanda, dependiente de la Consejería de Fomento y facilitado por ayuntamientos y diputaciones, que centraliza la actividad en los centros de salud.
 - Esto tiene ventajas para los pacientes y aumento de la calidad asistencial (posibilidad de acceso a servicios en estos núcleos más grandes, realización de pruebas diagnósticas, etc.) Se podría generalizar y extender este sistema ya implantado en algunas zonas.
- **Sistema de emergencias 112**
 - Amplia cobertura
 - Profesionales cualificados y resolutivos.

Factores de los profesionales

- Profesionales con alto nivel científico y con amplia experiencia.
- Consultas menos masificadas.
- Capacidad para gestionar el tiempo.



Tipo de atención

El ámbito rural podría permitir el ejercicio de la atención primaria con pleno desarrollo de sus características:

- Cercanía:
 - Al paciente.
 - A su entorno familiar.
 - Al conjunto de la población.
- Accesibilidad.
- Atención integral, holística (bio-psico-social).
- Integrada (atención continuada, domicilio).
- Longitudinal (niños, ancianos, embarazadas, pacientes terminales).
- Se puede aplicar una amplia cartera de servicio, realizar proyectos de mejora, actividades de prevención y promoción de la salud y actividades comunitarias

En los casos en que hay pocos cambios de profesionales, una presión asistencial asumible y una buena relación entre los profesionales, con posibilidades de autogestión, el ámbito rural puede permitir la práctica de la Medicina de Familia en unas condiciones ideales. Además, la atención es muy bien valorada por la población.



Aspectos externos:

Amenazas al sistema actual

Profesionales

- **Próximas jubilaciones**
 - Elevado porcentaje jubilaciones en los próximos 5 años.
 - Imposible su reposición con la actual oferta de MIR de Familia
- **Médicos de Área**
 - La figura de médico de área está denostada.
 - No ha servido como sistema de fidelización: Los médicos buscan otras alternativas, ante las malas condiciones laborales del trabajo de médico de Área y las nulas probabilidades de cambio.
 - Falta de oposiciones y traslados periódicos.
 - Problemas derivados de la forma en que se ha instaurado la carrera profesional.
 - Falta de reconocimiento en los baremos a los currículums de excelencia y la formación (MIR).

Organizacionales

- **Situación socioeconómica actual**
 - Reducción de los recursos económicos con recortes sociales severos a todos los niveles, a destacar el sanitario.
 - En el medio rural, débil, empobrecido y desfavorecido, es en el que más daño hacen estas políticas restrictivas.
- **Financiación de la atención primaria**
 - Muy baja con respecto a las recomendaciones de los expertos internacionales.
 - El porcentaje del presupuesto de Sanidad, destinado a la Atención Primaria está reduciéndose.
 - Está aumentando la brecha entre la financiación de la atención primaria y la hospitalaria.
- **Gerencias únicas**
 - Suponen una importante amenaza a la atención primaria, especialmente en el mundo rural.
 - La mayoría de las gerencias únicas, están integradas dentro de los hospitales.



- El sistema hospitalo-centrista es una gran amenaza, ya que es capaz de consumir todo el presupuesto que se adjudique, impidiendo la mejora de la atención primaria.

Mapa sanitario en el medio rural:

- Bloqueado desde hace 4-5 años.
- Pendiente de la definición del territorio (Ley de Ordenación Territorial de Castilla y León) y de aprobación en las Cortes.
- Hasta su aprobación, hay una enorme resistencia a cualquier otra iniciativa en la atención rural
- **Política rural y de despoblación de la Comunidad:**
 - Es un tema que se presta mucho a la demagogia.
 - Infranqueable a los criterios técnicos.
 - El rédito político que se obtiene con ello, dificulta cualquier planteamiento que reste recursos humanos al medio rural.
 - La población del medio rural es muy resistente a cambios.

Oportunidades que se presentan en el sistema actual

El médico en el medio rural realiza una **función social** de primera magnitud para una población ya de por sí muy necesitada en todos los aspectos. Todos los demás profesionales o figuras de relevancia de la sociedad, han “abandonado” el medio rural (maestros, curas, farmacéuticos). El médico es el único servicio que queda y está asumiendo esas tareas.

Los profesionales, comprometidos con la población, quieren evitar que la población también se pueda sentir abandonada por ellos. Pero, el papel que está asumiendo el médico, ¿es el que tiene que tener? ¿Podría ser asumido por otros profesionales del sistema y así el médico desarrollar todas sus capacidades?

- **Un contexto de crisis**
 - Supone una oportunidad para mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles y del dinero público
 - Hay suficientes evidencias de que la inversión en atención primaria es eficiente.
- **Hay un interés general social en aumento por lo rural, a nivel turístico y de ocio**
 - Retorno a lo rural ante las condiciones socioeconómicas adversas del medio urbano.
 - Debates sobre la situación de lo rural en medios sociales, en sociedades médicas y científicas
- **Racionalización de los recursos**



- Son imprescindibles cambios organizativos, para la necesaria racionalización de los recursos. Estos cambios **deben ser propuestos por los profesionales**, verdaderos conocedores de la realidad de cada población y que deben tener capacidad para poder organizar la actividad, **según criterios profesionales**.
- **La normativa vigente permite realizar los cambios necesarios**
 - Establece los criterios mínimos de días que se precisa pasar consulta en base a la población asignada a un consultorio; dicha normativa contempla la atención a demanda en los consultorios con menos de 50 habitantes, sin hacer referencia a la periodicidad; y una periodicidad en la atención de los consultorios de menos de 500 habitantes, inferior a la que hoy se desarrolla.
 - Es decir, que se podría mejorar la atención médica si evitaran desplazamientos ineficientes y se facilitara el desplazamiento de los pacientes cuando lo precisen, sin perjuicio de que la asistencia domiciliaria se mantenga siempre que fuera necesaria, sin modificar la norma.
- **Es necesario abordar el problema de los desplazamientos**
 - Los contratos de médicos y profesional de enfermería en atención primaria no establecen nada en relación al desplazamiento.
 - Ni siquiera contempla la necesidad de disponer de carnet de conducir, y mucho menos tener que poner el coche propio para realizar el trabajo.
 - Ya hay sentencias a favor de los profesionales en este sentido.
- **Hay experiencias previas en Castilla y León y otras comunidades de cambios en el modelo de atención**
 - Tenemos experiencias previas de otras comunidades, que han realizado cambios en el modelo de atención. De hecho somos la única Comunidad con este modelo de atención de un médico en cada pueblo; en las demás, incluyendo las de gran dispersión, y con núcleos pequeños de población, como Asturias, Galicia o Aragón, son los usuarios los que se desplazan a los consultorios o a los centros de salud.
- **Renovación de las plantillas**
 - La renovación de las plantillas por las jubilaciones pueden suponer también una oportunidad para el cambio
- **El acceso a nuevas tecnologías es también una oportunidad (consultas y seguimiento de pacientes a distancia)**
 - Telemedicina (teleRX, retinógrafos en red, tele-psiquiatría, tele-Dermatología, ...), en los centros de salud de zonas rurales alejadas de los hospitales de referencia



- Tele-consultas a distancia desde la televisión en el domicilio del paciente (experiencia en el País Vasco).

Propuestas

Los profesionales son conscientes de que la situación requiere cambios: los cambios demográficos de la población, los imprescindibles avances tecnológicos y el inevitable recambio de las plantillas, hace necesaria otra forma de trabajar y por tanto cambios en la organización actual del trabajo.

En este documento se realizan propuestas sobre:

- i. La organización de los equipos**
- ii. La organización y estructura de la atención**
- iii. Incentivación**

1. La organización de los equipos

Como planteamiento previo, es necesario recuperar los equipos de atención primaria. Es necesario revitalizar los equipos: reactivar los centros de salud rurales con actividades de equipo en común, potenciando las actividades docentes y de investigación. Reactivar el trabajo en equipo de las cabeceras de las ZBS.

- 1- Autogestión real de los equipos para todos los temas organizativos (ausencias, incidencias, agendas, etc.).
- 2- Recuperar el liderazgo:
 - Reconocimiento e incentivación de la figura de director de centro para que tenga capacidad real de gestión del centro de salud, con equiparación en nivel al jefe de servicio.
 - Cambiar el sistema de elección del coordinador para que el equipo se sienta representado y comprometido con él, y éstos no sean vistos como representantes de la Administración.
 - Hacen falta coordinadores de equipos elegidos por los equipos en base a su liderazgo, capacidad de gestión y currículum profesional.
- 3- Es necesaria mayor implicación de los profesionales de enfermería para redefinir su rol.
- 4- Integración de la Unidad Básica Asistencial, médico y profesional de enfermería: buscar tiempo común para el trabajo como equipo.



- 5- Poder organizar las agendas con tiempo para la asistencia, permitiendo realizar otras tareas (formativas, investigación...).
- 6- Establecer algún tipo de obligatoriedad en los horarios que facilite un tiempo de reunión semanal o diario en los equipos.
- 7- Racionalizar los recursos y hacer un mapa de los mismos: Evitar desequilibrios en las cargas asistenciales; es necesario hacer un mapa de lo que hay y de lo que hay que hacer.
- 8- La cobertura de ausencias tiene que llevar aparejada incentivación económica para todos los implicados y estabilidad laboral para los eventuales o la figura de médico de Área.
 - Volver a sustituir ausencias y libranzas de guardias.
 - Permitir a los equipos que decidan como organizarlo (aunque eso suponga modificar las consultas a llevar a cabo).
- 9- La situación actual de los médicos de área tiene que cambiar
 - O desaparecer (y que sea el equipo, con plantillas bien dimensionadas y capacidad de organización el que asuma la atención).
 - O ser un destino provisional con posibilidad de integración en el equipo en un plazo de tiempo razonable. En ese caso, con incorporación de los médicos de Área como miembros del equipo de pleno derecho.

2. La organización y estructura de la atención

Se precisa una planificación de las ZBS y su atención, pensando en el futuro a medio/largo plazo: cambios demográficos, cambios en la propia práctica médica, cambios tecnológicos, envejecimiento de la plantilla sanitaria, necesidad de renovación de la misma.

- 1- Es necesaria una reestructuración de las ZBS con criterios profesionales, y con reasignación de efectivos donde sean más necesarios y eficientes.
- 2- Para ello la frecuentación máxima de los facultativos a los consultorios locales debe ser la recogida en la legislación vigente al respecto (Orden de 15 de abril de 1991, de la Consejería de Sanidad) y permitir que los profesionales y los equipos organicen la atención a los consultorios.
- 3- Esto puede suponer el cierre de consultorios en núcleos pequeños. Hay que contar con que estas propuestas en principio pueden provocar oposición por parte de la población y los alcaldes. Pero también la hubo cuando se realizó la reforma sanitaria, cuando se constituyeron las ZBS (más cruenta



porque desapareció la figura del médico en el pueblo las 24 horas). Para ello:

- a. Los profesionales tendremos que explicar muy bien a la población el sentido de los cambios
 - b. Se necesita mejorar la accesibilidad de los pacientes:
 - i. Transporte a la demanda para los pacientes, financiado, sobre todo en poblaciones muy pequeñas.
 - ii. Esto puede ser difícil con el sistema de autobuses grandes que pasan por múltiples pueblos, debido a la avanzada edad de parte de la población que vive en zonas rurales y a su fragilidad. Se podrían dividir las rutas y utilizar vehículos más pequeños con mejor accesibilidad.
 - c. Hay que ofrecer más servicios para que la población no tenga sentimiento de pérdida si no de ganancia: ecografías, cirugía menor, retinografías, MAPA (Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial), etc.
- 4- Potenciar la telemedicina centralizada en el centro de salud (comunicación mediante correo electrónico corporativo, teledermatología y teleconsultas en general, retinógrafos, ecógrafos, etc.). Con el desarrollo de técnicas en el centro de salud se podrían evitar traslados de los pacientes a los hospitales de referencia, con la consiguiente ventaja para el paciente.
 - 5- Administrativo "virtual" centralizado, con atención y resolución vía telefónica.
 - 6- Desarrollo de tele-consultas desde el domicilio del paciente con el médico en el centro de salud, para consultas y el seguimiento de pacientes a distancia (no se necesita que vaya el médico al pueblo una vez por semana porque cualquier día se le puede consultar por este medio).
 - 7- Hacer que la receta electrónica (y la historia electrónica) llegue en igualdad de condiciones a los centros de salud rurales (resolución y/o desaparición de centros sin acceso a internet).
 - 8- Mejora de las herramientas de comunicación entre los profesionales y con el nivel hospitalario. Es imprescindible la cooperación del hospital.
 - 9- Transporte a la demanda para los profesionales: Cuando el paciente no pueda acudir al centro de cabecera, se deberá garantizar su atención con el desplazamiento de los profesionales.



- 10- Implicación de otras administraciones: mantenimiento de carreteras, red de transporte, de consultorios (calor ambiental, red de telecomunicaciones, mobiliario adecuado...), etc.
- 11- Coordinación sociosanitaria real y efectiva que dé respuesta a los problemas de salud y sociales planteados en el ámbito rural.

3. Incentivación

Hay que buscar herramientas de motivación e incentivación según criterios objetivos.

- 1- Mejorar el reconocimiento del médico de familia de la zona rural entre el resto de los especialistas hospitalarios.
- 2- Promover e incentivar la docencia.
- 3- Promover e incentivar la investigación.
- 4- Mejorar la formación continuada: virtual o presencial (preferiblemente en jornada laboral).
- 5- Integrar la figura de médico de Área en el equipo. Lo lógico sería ir pasando por una serie de etapas que fueran consolidando a todos los profesionales e incentivando a los mejores profesionales, la figura de médico de Área podría ser una figura temporal sólo en los primeros años de ejercicio.
- 6- Carrera profesional objetiva, justa, según currículum y con convocatorias periódicas frecuentes.
- 7- Es imprescindible que existan un concurso de traslados abierto y permanente y oposiciones con regularidad anual, que permita la renovación de plantillas y cobertura de plazas vacantes. No sería tan difícil cubrir determinados destinos, si existiesen convocatorias periódicas de oposiciones o traslados.