

Reforma sanitaria para el medio rural

Por la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER) *

1.º PREAMBULO

A. ESTADO ACTUAL

Que el país se encuentra en una situación límite en el aspecto sanitario, es una realidad que todos admiten.

A.1. Causas

El haber llegado a esta situación, aparte de la falta de una auténtica política sanitaria, de un exceso de improvisación y fragmentación y de una administración pésima se debe a dos hechos fundamentales:

1. El primero de ellos, al que se dio en llamar «socialización de la medicina», y que supuso una marcha atrás, más bien con fines político-demagógicos, que estrictamente sanitarios. Consistió en aplicar tal «socialización» sobre una masa de servicios y personas, totalmente incapaz de recibirla, racionalmente, y realizarla sin el estudio previo, de la repercusión que a largo plazo pudiera tener, al involucrar, no sólo la socialización de los recursos económicos, sino trascender a los recursos humanos de la prestación facultativa. Ello dio lugar a que algo, que hubiera podido ser un instrumento extraordinariamente útil—pues es evidente que los avances en los campos del diagnóstico y de la terapéutica, por el elevado costo de los mecanismos destinados a estos fines, obligan a que sea el Estado quien asuma la responsabilidad de la salud de sus ciudadanos, como única posibilidad, de garantizar la eficacia y la justicia social, de una medicina de calidad igual para todos—no haya cumplido sus objetivos.

Pues si bien es cierto que hace cincuenta años la masa de la población se hallaba totalmente desamparada en este aspecto, no lo es menos, que la superación de aquel punto cero, no ha guardado relación con los recursos financieros empeñados en la empresa, y con los sacrificios, que para el mundo del trabajo, casi exclusivamente, ha supuesto el Seguro Social de Enfermedad. Los resultados obtenidos, examinados comparativamente con magnitudes o valores de salud propios de países cuyas fuentes de riqueza son análogas, y con parámetros de bienes culturales y sociales equiparables a los nuestros, resultan decepcionantes.

2. El segundo hecho negativo consistió, en que este proceso de «socialización» de la medicina, no fue cabalmente comprendido, ni por la Administra-

* El doctor don Jerónimo Aizpiri, presidente de la sección de Médicos Titulares del Consejo General de Colegios Médicos de España, nos ofrece este informe de la SEMER como lo más valioso y representativo elaborado recientemente en España sobre la reforma de la sanidad rural. (N. de la R.)

ción encargada de gestionarlo, ni por la población a que iba dirigido, ni en parte por la profesión médica.

La Administración en vez de servir al bien público sanitario, se convirtió en una superestructura burocrática, prepotente sobre beneficiarios y facultativos, la población sin sentido social y sin educación sanitaria no ha usado, sino abusado de las prestaciones, y la profesión médica aceptó el sistema con desconfianza (justificada sólo en parte después) y sin el estudio pertinente, habida cuenta de las consecuencias que a largo plazo habría de acarrear para la filosofía, la política, la sociología y la praxis sanitaria.

3. Existen, pues, en principio, dos puntos a considerar: por un lado, la aplicación sobre la realidad sanitaria de una socialización repentina autoritaria e indiscriminada. Por otro lado, una triple incomprensión cabal por parte de la Administración, la población y de la profesión médica.

A pesar de que la cobertura sanitaria progresa cuantitativa y cualitativamente (la población protegido alcanza ya el 90 por 100; los centros sanitarios de la Seguridad Social son evidentemente los mejores del país, la posibilidad de ejercer una medicina de calidad y las retribuciones de los sanitarios son incomparablemente mejores) la insatisfacción es general: ni la Administración, ni la población, ni los médicos se sienten compensados. El sistema de socialización sanitaria utilizado, bien por defectos de fondo, bien por fallos en el procedimiento ha fracasado a pesar de que la socialización de medios o recursos (instrumentos de producción de salud) se reconoce casi unánimemente, como la única forma de garantizar el derecho a la salud. Otra cosa distinta es la socialización de los recursos humanos.

A.2. Consecuencias

El sistema y las estructuras actuales, han resultado, no sólo inoperantes, sino lesivas por:

1. Haber centrado la atención de los problemas sanitarios nacionales, en la medicina asistencial, olvidando la parte más importante cual es la obligada defensa de la salud.
2. Haber llegado a un tan bajo nivel de calidad, que posiblemente no se encuentre, salvo en los países subdesarrollados.
3. Mantener en una época técnica, una situación paternalista entre quienes están ejerciendo su profesión, y quienes reciben sus cuidados que, sin embargo, consideran al médico como un profesional a su servicio, sin otra ligazón.
4. No prestar atención a la educación sanitaria de la población y de los estamentos docentes, no estrictamente sanitarios, lo que ha agravado los problemas económicos y biológicos de la sanidad social, colocando en peligrosa situación conflictiva a la población y al estamento sanitario.
5. Omitir la obligatoriedad de una formación continuada del profesional que ha dado lugar a un desfase, entre los conocimientos actuales y la práctica, que se limita a una terapéutica, olvidando la terapia etiológica, con el consiguiente paso a la cronicidad, de una parte importante de la población.
6. Colocar al profesional que ejerce en el ambiente rural, en una situación totalmente diferente a cualquier tipo de profesión, al excluirle de la jornada laboral comunmente aceptada, atentando contra el principio de descanso, a que tiene derecho todo trabajador.
7. Dar paso el ejercicio actual en el ambiente rural, a una situación litigiosa de progresiva intensidad.
8. Existir una muy marcada desproporción entre lo que se exige, lo que se realiza y lo que se percibe, de forma que a una mayor inversión económica, corresponde una peor asistencia.
9. Producir un daño biológico a la población.
10. Ser una carga que grava económicamente a la Nación.

A.3. Necesidad de cambio

La necesidad de cambio, es una realidad que nadie discute. Es obvio que la reestructuración sanitaria, a estas alturas, debe realizarse a distintos ni-

REFORMA SANITARIA RURAL

veles, dado que existen en medicina factores totalmente diferentes en cuanto a su acción, aunque encaminados todos al mismo fin. De esta forma podemos hablar de tres grupos fundamentales:

1. El que está integrado por el ejercicio profesional en el medio rural con una misión asistencial y/o sanitaria, con peculiares características.

2. El formado por el quehacer médico, en centros hospitalarios, con función en equipo, alrededor de los cuales se encuentra un alto número de profesionales, alejados, sino desconectados completamente del medio rural y preocupados únicamente, paciente o impacientemente por oportunidades en centros urbanos.

3. Un grupo intermedio entre el hospital y el medio rural, sin posibilidades hasta ahora, pero inquieto por el futuro. Este nexo habría de cuidarse extraordinariamente, ya que será el que pueda hacer viable, la indispensable reforma sanitaria, en su primer peldaño y más acuciantemente necesario: el medio rural.

En el momento actual, la sanidad en el medio rural, debe ser totalmente estructurada ya que ante situaciones nuevas es necesario la puesta en marcha de métodos nuevos, sin apoyarse en los anteriores, que arrastrarían sus defectos a los futuros, haciendo que éstos perdieran su eficacia. La reestructuración de la medicina rural debe constituir la primera etapa de la reforma sanitaria.

En esta reforma más que referirse a una «reestructuración», es necesario hablar de una «nueva estructuración» sanitaria rural.

2.º ESTRUCTURA SANITARIA RURAL

A. PLANIFICACION

Para llevar a cabo un cambio profundo, es preciso iniciar la nueva estructuración de la medicina rural, teniendo en cuenta unas normas generales, que se relacionan a continuación:

A.1. Colaboración

Para que la planificación sea realista y eficaz, es necesaria la colaboración efectiva de todos los sectores interesados.

1. Los estamentos interesados son: la población, la Administración y los profesionales sanitarios y parasanitarios.

2. Sus representantes deben ostentar en todo momento una verdadera representatividad a partir de sus bases. Por parte del sector profesional sanitario médico, las dos entidades existentes: la Organización Médica Colegial con su Sección de Médicos Titulares y la de asociación voluntaria que corresponde a la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL (S. E. M. E. R.).

3. La colaboración entre los tres sectores representativos: Sociedad, Administración y profesión, debe ser obligada y previamente reglamentada.

4. Dicha colaboración debe ser coordinada entre y a todos los niveles que efectúen un trabajo de conjunción: nacional, regional, provincial, comarcal y subcomarcal.

5. Se llevará a cabo mediante «equipos de Salud» a todos esos niveles.

6. Es necesaria desde el primer momento, una adecuada mentalización de los tres eslabones de esa cadena, de colaboración mediante medidas apropiadas, de tal forma que el fenómeno sanitario, sea comprendido y aceptado por todos.

7. Se intervendrá en la planificación y organización de los servicios en la gestión y en la evaluación de los resultados.

A.2. Inventario de recursos

La primera medida a tomar, es conocer todos los recursos, y necesidades de cada provincia, con el fin de realizar el inventario de los mismos en toda la Nación.

SEMER

1. Incluirá todos los recursos institucionales, materiales y de personal, tanto público como privados, existentes en cada área sanitaria para su posible «integración» en la nueva estructura sanitaria.
2. La obtención de datos se hará en el sector sanitario mediante una encuesta previa debidamente preparada entre todos los profesionales sanitarios de la provincia.
3. Las propuestas sobre los mismos se harán mediante la colaboración con la Comisión Provincial, que deberá decidir sobre las presentadas por todos los sectores interesados, para la confección del mapa sanitario.
4. Su finalidad primordial es descubrir, potenciar al máximo y aprovechar en lo posible, todo lo existente.

A.3. Principios básicos

La nueva estructuración debe tener muy en cuenta, unos principios básicos de carácter general, que son imprescindibles para un comienzo y desarrollo correctos.

1. Asegurar el derecho a la salud, en su más amplio sentido, según preconiza la O. M. S. a todos los ciudadanos, sin discriminación alguna y cualquiera que sea su situación.
2. Aplicar sobre toda la población una medicina integral y hacerlo de una forma correcta, desde el punto de vista científico, humano y social, cualquiera que sean las circunstancias que concurren.
3. Definir exactamente las funciones y señalar de forma concreta las misiones, que se han de realizar en el medio rural.
4. Unificar la dependencia administrativa (orgánica y funcional) en un Servicio Nacional de Salud, descentralizar y coordinar a todos los profesionales sanitarios y parasanitarios.
5. Disponer de los medios necesarios, tanto materiales como personales, con el correspondiente soporte económico.
6. Conocer en todo momento los factores que inciden en el binomio «salud-enfermedad» y la diversidad existente en el medio rural, basada en factores socio-económico-culturales, geográficos, climáticos y de diseminación de población y medios de comunicación.
7. Mantener un continuo control de calidad del ejercicio profesional.
8. Tener como objetivo fundamental, la consecución en todo momento y lugar de «la mejor asistencia», dentro de las posibilidades reales de la Nación.

A.4. Desarrollo

Para proceder a la ejecución de la nueva estructura de la medicina rural es preciso actuar siguiendo normas que se relacionan a continuación:

1. La planificación en todo momento y lugar, ha de hacer compatible los fines que se persiguen, con los medios con que en la práctica se cuenta.
2. La finalidad esencial será el garantizar la aplicación de una medicina integral y correcta a la población rural, igual a la aplicada en el medio urbano.
3. El instrumento fundamental para lograrlo será, la creación de circunscripciones sanitarias (comarcalización), con un adecuado escalonamiento de centros y funciones.
4. Las normas generales deberán ser aplicadas de forma flexible, para adaptarse a la variedad de áreas sanitarias, y a la posible actuación de los Entes Autonómicos.
5. El establecimiento de prioridades es fundamental: La medicina primaria sobre la medicina especializada, porque aquella es la que de forma habitual utiliza la población, es casi la única existente en el medio rural y sirve de regulación a la vez que disminuye la afluencia a los centros de especialidades; la medicina primaria rural sobre la urbana, porque la primera carece de medios materiales e incluso de personal especialmente auxiliar.
La medicina de urgencia sobre la medicina ordinaria porque sin aquella no es posible mejorar muchos aspectos de ésta.
6. El comienzo debe ser inmediato, empezando por la implantación del Servicio de Urgencia en el medio rural de toda la Nación; y el desarrollo debe

REFORMA SANITARIA RURAL

ser ininterrumpido, mediante señalamiento de tapas y la atención preferente a las comarcas más necesitadas, de forma que en el plazo de pocos años, se llegue a la total coronación del plan. De no solucionarse el problema y asumirse decididamente en el plazo de dos o tres años, podría originarse, en término breve de tiempo, una peligrosa situación de quiebra sanitaria.

A.5. Dotación económica

Para la realización efectiva de cualquier plan de estructura sanitaria es necesario:

1. Que se realice previamente un estudio económico computado.
2. Que la dotación necesaria de medios materiales y humanos, ha de estar asegurada en todo momento por la aportación de los recursos económicos correspondientes.
3. Que el origen de dicha aportación, debe ser preferentemente estatal aunque se acepte en determinadas ocasiones la colaboración de corporaciones locales y entidades privadas.
4. Que en cualquier caso, ningún programa es aceptable sin que la Administración, previamente, destine unos fondos adecuados. Sólo cuando las cantidades estén presupuestadas en firme se podrá planificar sobre reformas de la medicina primaria rural.

A.6. Legislación

Las normas de aplicación para la estructuración sanitaria rural, deberán reunir estas dos condiciones:

1. Ser publicadas en el Boletín Oficial del Estado careciendo de valor las circulares internas que modifican o contradicen aquéllas.
2. Respetar la situación administrativa, funcional y económica del personal facultativo.

B. DIVISION TERRITORIAL

Desde el punto de vista sanitario debe entenderse por medio rural aquellas localidades, zonas, subcomarcas o comarcas, en las cuales el ejercicio de la medicina tenga las características siguientes:

- a) Núcleos de población diseminada, con número de habitantes que no llegue a 1.500 o superiores (incluso hasta ciertos límites urbanos), siempre que la vida y la economía sean fundamentalmente agropecuarios.
- b) Áreas de 5.000 a 15.000 habitantes, correspondientes a poblaciones sin centros intermedios u hospitalarios, que obligan al médico, en actuaciones singulares, a poner en marcha unos métodos y unas técnicas necesarias para resolver problemas muy varios a los que habrá que buscar solución con iniciativa y responsabilidad personal.

Sin embargo, resulta difícil definir lo que es realmente el medio rural y aún más señalar sus límites exactos, ya que ambos aspectos están condicionados a una serie de factores variables en el tiempo y por la progresiva urbanización de una parte del medio rural actual.

B.1. Áreas sanitarias

La comarcalización del medio rural, es indispensable, y para ello, deben establecerse tres niveles o escalones, debidamente relacionados y coordinados entre sí.

1. Unidades locales de asistencia: abarca hasta 5.000 habitantes.
2. Subcomarcas: abarcaría hasta 25.000 ó 30.000 habitantes.
3. Comarcas: abarcaría hasta 100.000 habitantes.

B.2. Diversidad

Es necesario adaptar las características sanitarias, sobre unas bases comunes, a las distintas regiones.

SEMER

Es importante considerar, junto a los demás factores que las diferencian entre sí, la idiosincrasia de cada una de ellas, incluyendo en este aspecto, no sólo las características psicológicas de sus habitantes, sino el influjo que sobre ellos ejerce su trabajo.

Especial importancia tiene el fijar con precisión qué posibles áreas sanitarias tienen una población fija o sufrir alteraciones presumibles, bien por aumento debido al retorno de la ciudad al campo, o bien por el éxodo debido a una emigración continuada o estacional.

B.3. Partidos médicos

Es indudable que la creación de las diversas áreas sanitarias, supone una nueva organización de los servicios que puede ser incompatible con la persistencia de la actual existencia de los partidos médicos debidamente clasificados, de acuerdo con su número de habitantes y otras características.

El cambio que esto supone, tanto para la población, como para el médico, exige encontrar una solución viable para todas las partes.

Son posibles varias medidas al respecto:

1. Mantenimiento de las actuales clasificaciones de partidos hasta el momento en que sea oficialmente aprobado el proyecto de mapa sanitario en todo el territorio nacional.

2. Restricción, reduciéndolo a casos de excepción, de los cambios de clasificación, hasta la fecha de creación oficial de una comarca o subcomarca determinada.

3. Una vez creada la subcomarca, en la que se encuentre incluido el partido médico, determinar el número de plazas y el número de profesionales sanitarios necesarios para su funcionamiento óptimo. Una vez alcanzadas esas cifras se les declara «zonas saturadas» (con lo que se evita que se produzca una excesiva competencia que va en detrimento del prestigio profesional y de la propia asistencia), en las cuales no podrán ejercer otros profesionales.

C. CENTROS

C.1. Clases

Un Centro de acuerdo con sus necesidades.

1. Corresponderá a la unidad local un centro local, a la subcomarca un centro subcomarcal y a la comarca un centro comarcal, con hospital anejo que será proyectado con criterios realistas de rentabilidad y eficacia, en cuanto al número de camas aconsejable.

2. El centro subcomarcal, es el más importante elemento básico, en la nueva estructuración sanitaria rural.

3. Su ubicación debe ser cuidadosamente elegida, teniendo en cuenta las circunstancias actuales y previsibles futuras y su interrelación y coordinación debidamente regulada.

C.2. Funciones

1. Las funciones de cada centro, en sus diferentes niveles, deben ser específicas.

2. Prestarán servicios que correspondan a una medicina primaria integral.

3. Funcionarán todos como centros integrales de salud, estando encargados, de la dirección, planificación, desarrollo, control de calidad y evaluación de resultados de sus funciones de estadística, educación sanitaria, docencia, control medio ambiente, prevención, asistencia y rehabilitación.

C.3. Equipamiento

1. Contarán con los servicios y medios necesarios para el ejercicio correcto de las funciones asignadas.

REFORMA SANITARIA RURAL

2. En el centro subcomarcal quedan integrados todos los profesionales sanitarios y parasanitarios, para una actuación conjunta en equipo, tanto en el aspecto preventivo, como en el asistencial. Debe quedar claramente establecido, que los profesionales que ejercen la medicina primaria en el área subcomarcal harán una medicina integral actuando en tal sentido en sus respectivas demarcaciones y colaborando en el centro subcomarcal, independientemente a que a este nivel y al comarcal, existan equipos específicos dedicados a la labor preventiva y a la asistencial especializada.

3. Debe concederse más importancia a la realización práctica de las funciones que a la construcción de edificios sobresalientes, pudiendo, como medida urgente, poner en marcha un determinado número de centros de salud, mediante el aprovechamiento de los ya existentes sean públicos o privados.

D. PERSONAL

D.1. Clases

1. Director de centros: con dedicación exclusiva y misión de dirigir, coordinar y vigilar, la ejecución de una medicina integral en su demarcación y de las relaciones con los equipos de salud.

2. Especialistas en medicina preventiva y asistencial: haciendo labor de equipo en colaboración con los médicos exclusiva a una de las dos funciones.

A estos equipos a nivel de comarca y de algunas subcomarcas, se adscribirán otros profesionales parasanitarios.

3. Médicos de asistencia primaria: con ejercicio de la doble función preventiva y asistencial, en su respectiva demarcación, y con labor de colaboración en el centro subcomarcal en el que están adscritos el Cuerpo de Médicos Titulares, prototipo de dicho ejercicio profesional, debe ser potenciado y adaptado a la nueva estructuración respetando todos sus derechos y funciones.

4. Personal auxiliar: auxiliares técnico-sanitario A. T. S., auxiliares de clínica rural, asistentes sociales y visitadoras sanitarias. Con una función bien definida, muy importante, de ayuda al personal médico, en trabajos secundarios y burocráticos relativos al doble aspecto funcional señalado.

5. Personal sustituto: formaría un grupo dedicado en cada provincia a sustituir a los compañeros en determinadas circunstancias: enfermedad, ausencias, vacaciones, carencia del servicio de urgencia.

D.2. Especialización

La práctica de la medicina primaria exige una formación especializada:

1. Durante la licenciatura:

a) Promoción del conocimiento de la medicina primaria rural por los estudiantes.

b) Enseñanza adecuada a las características del medio en que se ha de ejercer.

c) Cursos especiales sobre medicina rural, durante los dos últimos cursos.

d) Prácticas en el medio rural, becadas y en régimen de tutoría.

2. Al terminarla:

a) Especialización mediante rotación, por espacio de dos años, en medio hospitalario y rural.

b) Título de especialista en medicina primaria. Concesión directa o mediante curso de adaptación a todo médico rural, especialmente al médico titular con tiempo suficiente de ejercicio (por lo menos tres años).

c) Cualquier innovación con respecto a la especialización del médico deberá respetar los derechos adquiridos bajo la legislación vigente.

D.3. Formación continuada

La consecución de una medicina primaria de calidad exige una actualización continua de sus conocimientos por el profesional sanitario rural.

SEMER

1. Su necesidad viene impuesta por la evolución rápida de los conceptos y de la técnica, con sus continuas aportaciones, en cuanto al diagnóstico y la terapéutica.

2. Debe abarcar todos los aspectos teóricos y prácticos más importantes, debidamente seleccionados, que se refieren a su misión en el escalón de la medicina primaria.

3. Se llevará a cabo mediante diversos medios, dando preferencia a los más efectivos.

a) Cursos rotatorios en centros preparados al efecto, realizados periódicamente, con asistencia obligada de todos los médicos rurales estando a cargo de la Administración los gastos devengados por los sustitutos.

b) Cursos sobre aspectos concretos en centros próximos, sean urbanos o rurales.

c) Cursos por correspondencia, mediante la Universidad a Distancia.

d) Revista o revistas, especialmente dedicadas a la medicina rural y en concreto a sus profesionales. Todo ello con el fin de fomentar la «puesta al día» del médico rural, sin tener en estos tres últimos puntos que abandonar su residencia y su trabajo diario.

e) Intercambio entre Sociedades médicas especializadas.

4. Ser necesaria una colaboración y coordinación efectiva, entre el Ministerio de Sanidad y el de Educación y Ciencia, así como con la Organización Médica Colegial, sin olvidar la existencia de la Sociedad Española de Medicina Rural «SEMER», que tanto en colaboración consultiva como efectiva, mediante su participación activa, puede potenciar el caudal de conocimientos científicos de los médicos rurales, así como el fomentar y conseguir la formación y capacitación de profesionales auxiliares sanitarios.

D.4. Promoción

El médico rural debe tener la posibilidad de promocionarse, en igualdad de oportunidades, incluso con ciertas preferencias, hacia puestos para los que muestre un especial interés y capacitación.

1. Acceso a cargos de médico de medicina primaria en el medio urbano y de medicina preventiva en el medio rural y en el urbano.

2. Acceso a determinadas especialidades o titulaciones que puedan adscribirse a los centros subcomarcales.

E. FUNCIONES

Las funciones que deben realizar los centros de salud en el medio rural son las correspondientes al ejercicio de una medicina primaria integral que abarque todos los aspectos: preventivos, asistenciales y rehabilitadores, en una actuación conjunta sobre la persona, en su triple vertiente psíquica, somática y de relación (familia, profesional y social) y en sus diferentes estadios evolutivos, desde la gestación hasta su muerte.

E.1. Educación sanitaria

1. La importancia de la educación sanitaria de la población se evidencia al comprobar la repercusión que la actual situación de la medicina primaria tiene en el aspecto biológico sobre el individuo y en el económico social sobre la Nación entera, pudiendo llevar a la quiebra del actual sistema sanitario.

2. Su finalidad esencial, es de que los diversos aspectos sanitarios sean comprendidos y aceptados por la población que esta colabore con la Administración y con el personal sanitario, en la continua mejora de la medicina primaria.

3. Entre los conceptos más importantes, que deben ser asimilados por la población y aplicados por la Administración, figuran los siguientes:

a) La reforma sanitaria pretende lograr una auténtica medicina social, con la colaboración y en beneficio de toda la población.

REFORMA SANITARIA RURAL

b) Destaca como fundamental, el máximo de salud, en su más amplio significado: conseguir el grado más alto de salud para todos.

c) Concede una relevante importancia a los aspectos preventivos.

d) Pretende que se haga un uso racional de los servicios asistenciales, evitando la congestión de los mismos y el abuso en la medicación sintomática, que conduce a la cronicidad de las dolencias y a la iatrogenia.

4. Se realizará fundamentalmente sobre el niño, orientando al maestro y la familia, y sobre determinados grupos de adultos (embarazadas, servicio militar, centros de trabajo..., etc.). Se debe buscar solución para quienes dejaron la enseñanza básica sin recibir esta formación sanitaria, dejando únicamente como irrecuperables en este aspecto a quienes por su avanzada edad es difícil proporcionársela y que sea comprendida.

E.2. Prevención

1. Actualización y control de estadísticas demográficas y de salud.
2. Promoción de la salud en todos sus aspectos.
3. Saneamiento y control del medio ambiente:
 - Especialmente del abastecimiento de aguas.
 - Evacuación y tratamiento de aguas residuales y basuras.
 - Contaminación industrial.
4. Luchas sanitarias. Vacunaciones e inmunizaciones.
5. Higiene maternal e infantil.
6. Higiene escolar.
7. Reconocimiento periódico y detección de enfermedades sociales.
8. Planificación familiar.
9. Medicina preventiva a nivel de todas las especialidades.

E.3. Asistencia

1. Diagnóstico y tratamiento de enfermos leves y crónicos.
2. Diagnóstico de casos graves y envío a centros superiores.
3. Asistencia domiciliaria a enfermos acamados.
4. Asistencia de primeros auxilios a accidentados o con procesos urgentes.
5. Control terapéutico de enfermos crónicos.

E.4. Rehabilitación

1. Colaboración en la reeducación y readaptación, con la ayuda de personal auxiliar.
2. Reinserción en su medio ambiente.

3.º URGENCIAS

Estado actual

El servicio de urgencia organizado en el medio rural es prácticamente inexistente. Solamente existen algunas localidades próximas a un pequeño número de capitales de provincia con la cobertura del Servicio Especial de Urgencia; no todas las localidades con más de cinco mil asegurados de la Seguridad Social tienen un servicio normal de urgencia y existe la posibilidad de establecer un servicio para días festivos por comarcas.

Sigue sin resolverse la adecuada dotación de medios para un servicio de urgencia que cubra todo el medio rural sin excepciones y el grave problema profesional que supone la esclavitud del médico rural en permanente expectativa de servicio y la justa y equitativa retribución por tal horario indefinido.

Necesidad de mejora

La necesidad apremiante de crear unos servicios de urgencia asistencial en el medio rural viene impuesta por:

SEMER

1. El derecho de todo ciudadano a que le sea prestada una atención sanitaria correcta en caso de necesidad urgente, independientemente de su situación, social y laboral, y del lugar, rural o urbano, en que viva o necesite la asistencia.
2. La imposibilidad práctica de que dicha asistencia pueda ser correctamente prestada por un médico en servicio ininterrumpido y desprovisto de los medios materiales de carácter técnico indispensables.
3. El derecho fundamental que todo médico posee, como ciudadano y facultativo, al elemental descanso diario y semanal, a fin de satisfacer su realización personal y familiar, y estar en condiciones de prestar a la sociedad una asistencia de calidad.

A. PLANIFICACION

La organización e implantación de los servicios de urgencia en el medio rural deben basarse en criterios conceptuales y legislativos:

1. Conceptuales:
 - a) El organismo que asuma la responsabilidad de los servicios de urgencia debe tener naturaleza de Servicio Nacional de Salud, de modo que pueda abarcar a toda la población, integrar a todo el personal sanitario y crear las condiciones necesarias para lograr una igualdad de calidad asistencial, sin distinciones entre el medio urbano y el rural.
 - b) En dicho servicio deberán tener cauces de participación y de colaboración no sólo representantes del estamento sanitario rural, sino también de la población.
 - c) La organización debe hacerse por áreas o zonas, al margen de partidos sanitarios o demarcaciones de la Seguridad Social y adaptándose a un esquema flexible, que respondan a las características variables de las comarcas, teniendo en cuenta la población total (no sólo los asegurados), la conformación geográfica, las vías de comunicación, las distancias medidas en tiempo (no en kilómetros) y las condiciones climáticas.
 - d) En cuanto a infraestructura debe ser aprovechado todo lo actualmente existente, tanto en medios materiales como en disponibilidades técnicas y personales.
 - e) La asistencia debe quedar centralizada en una localidad de la zona que permita la máxima facilidad en los desplazamientos.
 - f) No deben primar las consideraciones económicas sobre las funcionales, puesto que apremia la organización de forma inmediata, aunque es admisible su establecimiento gradual y progresivo.
2. Legislativos:
 - a) La ley no puede constituir un obstáculo ante lo justo y necesario, sino ser motor para su consecución. Forma parte de la naturaleza misma de la Ley su mutabilidad para adecuar el derecho positivo a los imperativos sociales. No cabe invocar el argumento de la normativa vigente, pues las normas se derogan por otras posteriores. Por tanto, cualquier norma que afecte a los médicos rurales en su doble faceta de médicos titulares y/o médico de la Seguridad Social, si supusiera obstáculo, deberían ser derogadas de inmediato.
 - b) Mientras se llega en proceso gradual a la cobertura de toda el área rural por los servicios de urgencia, las primeras disposiciones deben acometer la solución material y económica de la situación actual, en que el médico se ve obligado a desarrollar una permanencia en el servicio inhumana. La naturaleza de servicio ininterrumpido de las urgencias en el medio rural puede conectarse con la devolución al médico de una jornada con arreglo a los derechos humanos reconocidos y a una retribución justa, mediante la instalación, en los casos necesarios, de unos turnos debidamente remunerados, a cuyo fin puede servir de orientación la normativa sobre la implantación eventual de servicios de urgencia de días festivos.

B. MODALIDADES DE SERVICIOS

Las características diversas del medio rural imponen desde el primer mo-

mento la aceptación de cuatro tipos de servicios de urgencia, en una graduación de medios y recursos disponibles:

1. Servicio Especial de Urgencia (S. E. U.): el actual en los grandes núcleos urbanos, que puede extenderse en muchos casos a las áreas rurales de los alrededores, directamente por su proximidad y facilidades de acceso, o mediante el establecimiento de centros periféricos conectados.

2. Servicio normal u ordinario de urgencias (S. O. U.): el actual de localidades medianas, que debe ampliarse a los pueblos próximos.

3. Servicio Comarcal de Urgencia (S. C. U.): a crear en las zonas alejadas de núcleos urbanos importantes, siendo el más específico y necesario en una gran parte del medio rural.

4. Servicio Individual de Urgencia (S. I. U.): reservado únicamente para aquellos casos de médico único que por su situación no puede integrarse en los tres tipos anteriores.

A costa del Servicio Nacional de Salud pueden concertarse servicios colaboradores de urgencia con otras instituciones públicas o privadas.

C. CENTROS

1. Situación: Cada centro, abarcando un área determinada, debe ser instalado en conexión con los centros de salud en sus diferentes categorías, con el fin de utilizar servicios comunes y hacerlos más funcionales y económicos. Generalmente estarán ubicados en dichos centros o en su proximidad, aunque en algunos casos el servicio que se establezca abarque a una parte de la subcomarca y haga preciso el establecimiento de centros separados del subcomarcal. Teniendo en cuenta que la infraestructura sanitaria en el medio rural en la práctica no existe, que lógicamente habrá de tardar en completarse y que apremia el establecimiento inmediato del servicio de urgencia, puede iniciarse la cristalización de la futura zona asistencial con la construcción de «minicentros de urgencias».

La adaptación de centros, consultorios o locales ya existentes, sean públicos o privados puede permitir su utilización como centros de urgencia en tanto no se vayan estableciendo los centros de salud y los centros de urgencia correspondientes; cuando se prevea que su asentamiento en una determinada localidad no sea definitivo y la experiencia pueda aconsejar su traslado; y en los casos en que el servicio de urgencia no se pueda hacer coincidir con el ámbito del centro de salud.

2. Equipamiento: La cuantía y complejidad de los medios necesarios para los distintos tipos de servicios de urgencia variará mucho en relación con niveles de los mismos, con la única exigencia de que puedan prestar en todo momento una asistencia adecuada, teniendo en cuenta la posibilidad de evacuación y el apoyo logístico de la red de urgencias.

Para un centro subcomarcal se considera necesario como mínimo:

a) En cuanto a locales: sala de espera, consulta, sala de urgencias, sala con camas para observación y tratamiento y habitación para el personal.

b) En cuanto a utillaje: unidad de comunicación (teléfono automático o radioteléfono), electrocardiografía a distancia, aparato de rayos «X» portátil, pequeño laboratorio para análisis elementales de orina y de sangre y material de reanimación.

c) En cuanto a medio de desplazamiento: vehículo para el desplazamiento del personal sanitario, cuya utilización puede concertarse con un servicio de taxi o con el propio personal facultativo en tanto no se alcance en los centros de cierta importancia la adscripción de un vehículo propio de servicio de urgencia; y vehículo para el traslado de enfermos o accidentados, que será habitualmente propio o concertada, o un helicóptero en situaciones de emergencia o en ciertas regiones.

D. PERSONAL

1. Independientemente de los facultativos especializados en medicina de urgencia y del personal diplomado y auxiliar de clínica adscritos a los servicios

SEMER

especiales y ordinarios de urgencia, es preciso tener en cuenta y utilizar a partir del escalón comarcal a los médicos rurales.

2. El servicio estará cubierto en cualquier caso por profesionales debidamente preparados para la función que han de ejercer.

3. El ideal sería contar en cada zona con el número suficiente de médicos rurales para poder espaciar los turnos diarios y poder disponer siempre de dos, de tal forma que uno permanezca continuamente en el centro y el otro salga al exterior. Sin embargo, dado el pequeño número de médicos y la escasez de personal auxiliar en muchas subcomarcas, el servicio se podrá prestar por un médico y un practicante, o por un médico solamente.

4. Cuando un médico no pueda quedar integrado en un servicio de urgencia de forma permanente, se intentará que al menos quede integrado en el servicio de urgencia más próximo sólo durante los días festivos, y si ello no fuera posible, debe concedérsele un descanso mensual de cinco días. Durante el mismo sería sustituido por los médicos pertenecientes a una pequeña plantilla volante provincial, cuya función sería la de efectuar el trabajo habitual de médicos rurales a los que se hubiese concedido la licencia por diversos motivos.

5. El servicio de urgencia funcionará con el mismo régimen de horario reconocido para el medio urbano.

6. El servicio será retribuido en forma análoga a la establecida en el medio urbano.

4.º REGIMEN DE TRABAJO

Debe ser regulado en analogía con el de cualquier otra profesión contando con la naturaleza especial de los servicios.

A. REGIMEN HORARIO

A.1. Jornada laboral, normal

1. La residencia no debe ser obligada en la localidad donde se encuentra cada puesto de trabajo, aunque sí lo será la presencia física en el mismo durante el horario laboral.

2. El trabajo se repartirá entre la cabecera del partido actual, o el lugar donde se ubique el puesto de trabajo, y el centro subcomarcal, cumpliendo las funciones encomendadas de forma individual en su respectiva demarcación territorial y en equipo en el centro a que esté adscrito. En determinados casos, debidamente reglamentados, la asistencia ambulatoria podrá prestarse en los anejos.

3. La duración de la jornada laboral será la misma establecida de forma general, para todos los médicos de asistencia primaria tanto del medio urbano como del rural.

4. Las funciones a realizar serán las consignadas como asistencias primaria integral, conservando el personal médico la doble función sanitaria y asistencia y actuando no sólo en forma individual sino en equipo.

Su actuación básica será de regulación asistencial, para atender «in situ» al enfermo de la forma más completa posible y en determinados casos dirigirle a los centros adecuados.

5. Se prestará asistencia a un determinado número de personas, eliminando el sistema actual de cartillas familiares. El módulo ordinario, que servirá también para la determinación de puestos de trabajo en la medicina primaria, será de 1.500 a 2.000 personas.

6. El horario de consulta se adaptará en su duración, mediante la ayuda del personal auxiliar y con el mínimo de burocratización, al necesario para asegurar una asistencia correcta desde el punto de vista científico y humano.

7. En cualquier caso, la ejecución de estas funciones preventivas y asistenciales deberá adaptarse a las características variables de los puestos de trabajo del medio rural, asegurando siempre su ejercicio correcto.

8. La posible liberación de la asistencia, con libre elección de facultativos y enfermo, debe ser previamente regulada e incluida dentro de los límites de la subcomarca.

A.2. Jornada laboral extraordinaria

1. Fuera de la jornada laboral normal no deben realizarse más que dos clases de trabajos:

- La asistencia de pequeña especialidad por parte del médico de asistencia primaria.
- La asistencia dentro del servicio de urgencia prestada por sistema rotatorio.

Y en ambos casos con la adecuada compensación económica.

2. Debe ser inmediatamente actualizada en este sentido toda la legislación sanitaria que obstaculice el respeto de la jornada médico-laboral, fijada actualmente, de modo indirecto, por la actuación del servicio de urgencia, de todos los sanitarios, funcionarios o no, salvo en los casos de tipo catastrófico o de situaciones excepcionales.

B. RETRIBUCIONES

La retribución de cualquier puesto de trabajo será justa, teniendo en cuenta las funciones realizadas y las características del medio rural.

Existen tres sistemas posibles:

- Asalarización.
- Pago por acto médico.
- Sistema mixto.

Se considera que, en el medio rural y en el ejercicio de la medicina primaria integral, valorando los aspectos positivos y negativos de cada uno de ellos, el más adecuado es el sistema mixto por:

a) Adaptarse mejor a la diversidad de los puestos de trabajo en cuanto a extensión territorial, diseminación, censo de población y funciones.

b) Existir conjuntamente unas funciones preventivas y asistenciales que cumplir, junto a la difícil definición y contabilización del acto médico.

c) Necesitar una seguridad en los ingresos mínimos, en los incentivos y en los derechos pasivos.

d) Permitir la garantía de un trabajo y remuneración efectiva y la libre elección de médico.

2. Como medida previa al establecimiento del nuevo sistema es necesaria la actualización de todos aquellos conceptos retributivos que no han sido actualizados durante los últimos años.

3. En ningún caso el médico rural debe percibir, como mínimo, una cantidad inferior, como retribución fija, a la de un médico adjunto de una institución cerrada, por su trabajo durante la jornada laboral normal. Y debe ser promocionado para que pueda, a través de sus años de servicio y sus méritos profesionales, alcanzar la categoría y emolumentos de un Jefe de Sección o de Servicio de una Institución Cerrada.

4. El sistema mixto incluye tres apartados, de variable significado, según el tipo de trabajo a que se apliquen:

a) Retribución básica: de igual cuantía para todos los médicos de asistencia primaria, tanto del medio urbano como del rural.

— Resultando de la suma de retribuciones actuales percibidas por función sanitaria y por la asistencial, tomando como base la cuantía del cupo actual reconocido como necesario para la creación de una nueva plaza y para la asistencia.

— Con reflejo en pagas extraordinarias y en trienios.

b) Retribución complementaria: aparte de la que pueda ser establecida de forma general para la asistencia primaria prestada en el ambiente urbano y rural, la específica de este medio por los siguientes conceptos:

- La asistencia a pediatría.
- Ejercicio de las funciones del personal auxiliar.
- Asistencia diaria o periódica ambulatoria a los anejos.
- Ejercicio de pequeña especialidad.
- Asistencia por turnos en servicio de urgencia.
- Penosidad especial, en los casos de no poder ser incluidos en los ser-

SEMER

vicios de urgencia, debiendo además tener derecho a un descanso mensual de cinco días.

c) Retribución por acto médico: previa definición del mismo:

- Por asistencia a desplazados.
- Por conciertos especiales nacionales o internacionales.
- Por accidentes de trabajo, de tráfico y lesiones de terceros.
- Por asistencia a embarazos, abortos y partos.
- Por asistencia especializada o complementaria (análisis y rayos «X») a cuenta del médico de asistencia primaria.
- Por asistencia extraordinaria en determinadas situaciones.
- Por libre elección de médico: limitando el número de actos mensuales y con pago decreciente a partir de un determinado número de ellos.

5. Indemnización: por prestaciones voluntarias de medios privados, mediante acuerdo previo entre ambas partes y según módulos preestablecidos, no siendo contabilizadas como ingresos a todos los efectos, incluido el de los impuestos.

a) Por consultorio: en su triple aspecto de:

- Local propio o alquilado.
- Mantenimiento, servicios (agua, luz, calefacción, refrigeración, teléfono, limpieza..., etc.).
- Mobiliario e instrumental clínico.

b) Por medio de locomoción: muy importante por su verdadera necesidad para el ejercicio correcto de las funciones asignadas en relación con el centro subcomarcal y los anejos.

Dicha prestación debe reunir las siguientes condiciones:

- Ser de voluntaria aceptación en los casos en los que lo solicite la Administración o el cliente.
- Prestaciones únicamente para servicios preventivos previstos o para la asistencia domiciliaria de enfermos encamados o que por su estado no se pueden trasladar al consultorio.

— Ser único para cada visita a un solo domicilio.

— Referirse a visitas giradas a domicilios distantes más de un kilómetro del lugar de trabajo.

— Contabilizar la distancia recorrida a partir de la cabecera del partido o lugar en que se halla enclavado el puesto de trabajo.

— Tener tarifa mínima de salida y por kilómetro recorrido en la cuantía establecida para el servicio de taxi.

En tanto la Administración no se haga cargo de este gasto, si el enfermo no proporciona el medio de traslado deberá ser él quien satisfaga su importe al médico.

6. Supuestos especiales:

a) Sustituciones: el sustituto debe percibir íntegramente las retribuciones del puesto de trabajo que ocupe temporalmente, excepto la antigüedad.

b) Acumulaciones: deben ser la excepción y percibir las retribuciones completas que corresponden a dichos puestos de trabajo, sean de médico, practicante o matrona.

c) Trienios: deben ser efectivos desde el primer día de la prestación de servicios, cualquiera que sea la vinculación al puesto de trabajo (por contrato, con carácter de interino o en propiedad con nombramiento definitivo).

d) Jubilación: voluntaria a los sesenta años y obligatoria a los sesenta y cinco, y actualizada anualmente a tenor del aumento real del nivel de costo de la vida.

7. Situación especial: Si por cualquier motivo la Administración no puede garantizar un mínimo aceptable de ingresos en relación con la penosidad del puesto de trabajo o no puede garantizar una correcta asistencia en la jornada laboral normal, debe admitirse, previa reglamentación adecuada, la voluntaria utilización del sistema de iguala por parte de la población.