

# AP pide incentivos económicos o fiscales para los médicos rurales

Hay médicos que atienden a más de 15 núcleos urbanos diferentes y sin trabajar con enfermera



En el medio rural ha habido mejoras durante los últimos años, pero los profesionales aseguran que todavía queda mucho camino por recorrer.

**GACETA MEDICA.** ALMUDENA FERNÁNDEZ

Madrid

| 10 feb 2017 - 12:00 h

| **GacetaMedicaCom**

Para paliar el hecho de que la mayoría de facultativos de atención primaria prefieren el medio urbano “porque hay más facilidades para todo”, el vocal de Atención Primaria Rural de la [Organización Médica Colegial \(OMC\)](#), Josep **Fumadó**, comenta a GM que “deberían crearse incentivos para la **medicina rural**” con el objetivo de atraer facultativos a la misma. Tal y como apunta, podría traducirse en un **‘plus’ económico mensual** o a final de año o, como ocurre en el modelo francés, una reducción de los impuestos a los médicos que trabajan en estas zonas, además de una **exención** de los mismos en el caso de las **guardias** —algo que está también solucionado en Francia—.

“Todos los que hacemos guardias trabajamos más horas, reducimos nuestro tiempo personal y eso se castiga luego con impuestos” subrayó Fumadó para añadir que, en su opinión, “tendría que haber una discriminación positiva en uno de estos dos aspectos”.

Otro tema importante a solucionar para este experto es el de los **salarios**. Si se compara lo que cobra el médico rural español con el francés, el suizo o el belga, el vocal de la OMC afirma que se observa que en España estos facultativos están “maltratados, con sueldos ridículos”. Solicita que se “arregle un poco el tema de los salarios” aumentando los presupuestos destinados a sanidad y teniendo “más sentido común” sobre cómo se distribuyen.

Sobre esta cuestión, Manuel **Devesa**, secretario de la [Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia \(SEMG\)](#), propone recuperar el poder adquisitivo que perdieron durante la crisis económica. “Mientras hubo crisis entiendo que teníamos que arrimar el

hombro todos, pero si realmente estamos saliendo de ella pedimos volver a la situación económica anterior, antes de que se deteriorase durante todos estos últimos años”, subraya.

Entre las dificultades a las que se enfrentan los facultativos del primer nivel asistencial en estas zonas, María Jesús **Cancelo**, médico rural de la [Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria \(Semergen\)](#), apunta a que la densidad de población en estas áreas está disminuyendo y el acceso a ciertos puntos es complicado, aunque asegura que, en general, en los centros de salud en los que se centralizan los equipos de primaria “se está dando una buena cobertura a toda la población”.

José Manuel **Solla**, responsable del Grupo de Ecografía de la SEMG, agrega que en este sentido ha habido mejoras en los últimos años, y también “en **medios y equipamiento**”. Y es que, en su opinión, con la dotación y el equipamiento en la mayor parte de los sitios estaba “bastante bien implementada” antes de la llegada de la crisis, por lo que no cree que “existan déficits estructurales importantes” ni en la dotación física de los centros de salud, ni tampoco en el contenido de los mismos.

## **La acumulación de cupos y cierre de agendas ocasiona que la atención se centre en los servicios de urgencias**

### **En algunas regiones los facultativos tienen que desplazarse con su propio vehículo**

Fumadó reconoce que “el medio rural **es duro**” y asegura que se ha visto más afectado por las consecuencias asociadas a los recortes de personal debido a la dispersión territorial, pues muchos facultativos no cubren un solo núcleo de población, sino varios y, en Castilla y León hay quienes tienen que atender “a más de 15 núcleos distintos y sin enfermera”.

Sin embargo, no todas las áreas son iguales y, en consecuencia, “no es lo mismo un medio rural en los Pirineos Catalanes, Aragoneses, Galicia o las zonas de montaña de **Cantabria y Asturias** al medio rural más cercano a las grandes ciudades”.

### **Sobrecarga**

La sobrecarga asistencial —apunta Devesa— viene dada fundamentalmente por la acumulación de pacientes cuando alguno de los profesionales se ausenta, ya que hay una falta importante de sustitutos, lo que ocasiona que se acumulen cupos y se cierren agendas. En consecuencia, la presión asistencial se ve incrementada en ocasiones y eso hace que parte de la atención se concentre en **urgencias**, tanto en los puntos de atención continuada como en las propias urgencias hospitalarias “y esto viene dado probablemente por la mala gestión de la gerencia en la distribución de los cupos, que en algún momento no pueden ser atendidos”.

Por otro lado, se “sigue arrastrando” el no haber vuelto todavía a la jornada de **35 horas** para los profesionales sanitarios, algo que el secretario de SEMG opina que “debería estar ya conseguido” pues, en la actualidad, no tenerla se concreta en tener que trabajar algunos sábados.

Fumadó incide también en que en algunas comunidades, el médico rural tiene que utilizar su propio vehículo para desplazarse y, aunque en su nómina reciben una cantidad destinada a estos desplazamientos, “son algo más de 100 euros, que no llegan ni para encender el coche”.

El vocal de la OMC añade que en el ámbito rural tienen que dedicar prácticamente toda su jornada a la asistencia sanitaria al haber disminuido el número de profesionales, por lo que otras prácticas “muy importantes” como la **medicina preventiva** “se quedan en el aire” por falta de tiempo a pesar de lo necesaria que sería en un ámbito como este. En lo que respecta a la formación, también encuentra “más dificultades” a la hora de recibirla de manera presencial. Sin embargo, la portavoz de **Semergen** señala que la generalización de las nuevas tecnologías es muy positiva para la formación continuada.