



COLECTIVOS SOCIALES Y PLATAFORMAS DE PUEBLOS, COMARCAS Y PROVINCIAS POR UN MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD EN EL MUNDO RURAL

La emergencia sanitaria provocada por la covid-19 ha puesto de manifiesto dos cosas fundamentales: por una parte, la importancia esencial de los servicios sanitarios públicos en la protección y cuidado de la población y, por otra parte, los efectos de los recortes y privatizaciones propiciados por las políticas sanitarias en los últimos años. Ambas cosas unidas han dejado en evidencia las deficiencias de un sistema sanitario que no es el mejor del mundo (como a veces se ha dicho) y que, por tanto, necesita una profunda reestructuración para responder a una nueva realidad.

Una situación excepcional convertida en norma

En las semanas más críticas de la pandemia, en los territorios rurales se suspendió la atención presencial en los consultorios locales, concentrando a los sanitarios en los Centros de Salud comarcales, para centrar sus esfuerzos en la lucha contra la pandemia. La atención a los vecinos se limitó a las consultas telefónicas, la tramitación de las recetas (en muchos casos con la colaboración vecinal y comunitaria), las urgencias y algunos cuidados ineludibles a los enfermos crónicos concertados con citación previa. La protección de las residencias de personas mayores, donde la pandemia ha resultado especialmente virulenta, tampoco se incluyó en esa cartera de servicios mínimos durante los momentos más duros de la emergencia sanitaria. Esta situación excepcional y provisional se ha prolongado en el tiempo de manera injustificada y, después de casi tres meses, con la situación epidemiológica bajo control en prácticamente todas las zonas rurales, la atención primaria continúa confinada en los Centros de Salud y la población de los núcleos locales, constituida mayoritariamente por personas mayores, en muchos casos con

dolencias crónicas, agravadas quizás con cuadros de miedo o ansiedad, permanece desatendida por parte de los profesionales sanitarios, salvo en los casos aislados en que alguno de ellos ha asumido personalmente la opción de reabrir el consultorio. La telemedicina ha venido para quedarse como parte del nuevo modelo de funcionamiento que desde la Gerencia de Atención Primaria se pretende implantar. Cierre de consultorios locales, concentración del personal sanitario y citaciones telemáticas son tres de los pilares que sustentan el proyecto de reordenación de la sanidad rural que la Consejería de Sanidad pretendía poner en marcha, comenzando como experiencia piloto en la comarca de Aliste (Zamora). La alarma sanitaria de la covid-19 les ha procurado la excusa perfecta para precipitar una reforma de calado que habría contado a buen seguro con la oposición de ayuntamientos, asociaciones y vecinos/as de los pueblos.

Un nuevo modelo sanitario para el Mundo Rural

Creemos que es necesaria y por ello estamos a favor de la reorganización de los servicios sanitarios, pero en una línea y desde un enfoque de defensa del Sistema Sanitario Público. El concepto de reordenación no puede significar más recortes en los servicios públicos que atienden a la población de la España Vacía, ni tampoco puede limitarse a una mera reordenación de los mapas sanitarios (como si la sanidad fuese un puzzle que recolocar). Tanto los recortes como los proyectos realizados de espaldas a la población afectada se acaban convirtiendo en una discriminación que atenta directamente contra los derechos sociales de las personas que sostienen la vida de los pueblos pequeños y las zonas rurales

Los colectivos sociales y entidades que suscribimos este documento apostamos por un nuevo modelo socio-sanitario como marco para reestructurar la Sanidad en el Mundo Rural en nuestra comunidad autónoma, lo cual supone una nueva visión y un planteamiento radicalmente diferente.

Este nuevo modelo socio-sanitario se asienta en cuatro pilares:

-LAS PERSONAS EN PRIMER LUGAR Y EN EL CENTRO DE TODO | No se trata de pacientes o de usuarios pasivos, ni mucho menos de números a los que aplicar criterios de rentabilidad de un servicio, sino de personas con iguales derechos, que están contribuyendo a mantener la vida en amplias zonas rurales y a sostener el equilibrio territorial que la sociedad reclama. Las personas de nuestros pueblos son mayoritariamente personas mayores –se sitúan en torno al 80 % de la población total–, muchas veces con enfermedades o dolencias crónicas a causa de la avanzada edad, plenamente integradas en las comunidades rurales donde ha transcurrido su vida y donde quieren seguir viviendo. Es mucho lo que han aportado y mucho lo que pueden aportar, de manera que hay que ser especialmente cautelosos para que la adopción de ciertas medidas no suponga profundizar en lo que se ha dado en denominar una especie de gerontofobia. No hay que olvidar tampoco a una población más joven que se mantiene en los pueblos, que retorna a sus orígenes o se propone asentarse como parte de ese movimiento de nuevos pobladores que buscan una alternativa que ven viable en el Mundo Rural. Sin servicios que cubran las necesidades básicas se genera inseguridad entre los habitantes de los pueblos y hace imposible la permanencia o el retorno a ellos.

-LOS PROFESIONALES DE LA SALUD | El sistema sanitario en su conjunto tiene que reorientarse hacia una medicina más humanista e integradora de todas las facetas de la vida de las personas que inciden en su estado de salud. La figura del médico de atención primaria o médico de familia es esencial desde una concepción humanista de la sanidad y debe ser potenciada al máximo. Más aún, si cabe, en el Mundo Rural. Sin embargo, no se presenta como una opción atractiva para los/las estudiantes de cualquiera de los campos socio-sanitarios (medicina, enfermería, auxiliar de clínica, trabajo social, salud mental, etc.), ni se incentiva a quienes toman esta opción en su carrera profesional, ni las condiciones laborales de quienes toman un primer contacto con la atención primaria en sustituciones son dignas. Esto nos lleva a varias reflexiones:

La primera, **cómo hacer atractivo para los profesionales de la salud el desarrollo de su carrera en el Mundo Rural**. No se trata solo de incentivos económicos, sino también de la posibilidad de trabajar en equipos y en proyectos innovadores.

Hay que reivindicar la figura del profesional socio-sanitario rural. En la profesión sanitaria –como ocurre en casi todo– existe una especie de desprestigio cuando se trata de ejercerla en el Mundo Rural.

La segunda, **cómo mejorar la organización y gestión de los recursos humanos del Centro de Salud**. La tarea de los sanitarios no puede terminar en la atención a los pacientes en los consultorios de su área. El equipo de profesionales del Centro de Salud tiene además que trabajar en la prevención, impulsar la formación, promover la salud comunitaria, coordinarse con los servicios sociales, ayuntamientos y otras entidades con presencia en la zona para trabajar en una misma línea de actuación y con unos objetivos comunes.

El Consejo de Salud debe, en este sentido, ser revitalizado como espacio de participación, coordinación, planificación y seguimiento de las actuaciones en materia de salud.

La tercera, **cómo planificar mejor la atención a las personas en cada una de las localidades**. Entendemos que es importante la presencia del médico/a y enfermero/a – que normalmente deberían acudir juntos/as– en todas las localidades, al menos un día a la semana y en un horario establecido, no sujeto a demanda previa. Las personas de nuestros pueblos necesitan la cercanía del médico/a, tener la confianza para acudir a la consulta cuando sientan necesidad, porque el simple hecho de sentirse escuchados/as y atendidos/as ya es sanador. Rechazamos la obligatoriedad de la «cita previa» solicitada telefónica o telemáticamente por el usuario, pues entendemos que se trata de un sistema de funcionamiento más propio del mundo urbano, que no tiene en cuenta el tipo de personas usuarias del sistema de salud en los pueblos. No entendemos qué sentido tiene en zonas rurales, cuando el número de pacientes por médico/a es considerablemente menor y, por tanto, mucho más fácil de gestionar la atención a la población sin necesidad de cita previa. Además, el sistema de cita previa puede ser una manera encubierta de cerrar consultorios locales. En cambio, sí nos parece interesante la «cita programada» por parte del médico/a –en este caso sería el propio médico/a el/la que citase a los/as pacientes– para hacer un seguimiento más a fondo de su estado de salud, dedicando a cada persona todo el tiempo que requiera esta atención personalizada.

-LAS ESTRUCTURAS SOCIOCOMUNITARIAS | El sistema sanitario tiene que estar necesariamente coordinado con los servicios sociales institucionales y con los ayuntamientos, entidades y asociaciones que promueven y desarrollan programas y servicios sociosanitarios en la zona. Esta coordinación, que sería deseable en cualquier lugar, es mucho más fácil de lograr, de manera real y efectiva, en las zonas básicas de salud rurales, donde son de sobra conocidas todas las iniciativas que existen en este campo. La pandemia ha mostrado también el papel fundamental que han tenido las redes comunitarias en la protección de la población y el cuidado de la gente, especialmente de los más vulnerables, en una situación de alarma a la que los servicios públicos a veces no han sabido dar respuesta.

La crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia nos obliga a replantearnos el modelo de sociedad que construir en el futuro y el modelo de salud que la nueva sociedad post-covid necesita. Abogamos, con más convicción que nunca, por una **sociedad de los cuidados** –centrada en el ámbito de los cuidados a las personas, a las comunidades humanas y al entorno en que viven– y un concepto de **salud comunitaria**, que no se centra solo en la atención a las enfermedades, sino que busca el bienestar integral de las personas y la protección de las estructuras comunitarias que aseguran los cuidados que necesitan. Desde esta perspectiva de salud comunitaria en un contexto de sociedad de los cuidados, el modelo sanitario de atención primaria necesariamente tiene que cambiar. Debe reorientarse hacia un modelo centrado en la prevención, el ámbito de los cuidados y la promoción de la salud personal y comunitaria, lo cual exige la coordinación a la que antes hemos hecho alusión.

-EL TERRITORIO | Vivimos en un territorio que es nuestro marco de vida, al que estamos vinculados y del que dependemos. El territorio lo constituyen las tierras –campos agrícolas o espacios naturales–, los paisajes –de llanura o de montaña–, las aguas –superficiales o subterráneas–, los cielos, los bosques, animales –ganadería y fauna silvestre–, los alimentos que produce, los recursos naturales, etc.; pero también forma parte del territorio el patrimonio cultural material e inmaterial, heredados desde siglos, las formas de vivir, los ritos, expresiones y valores comunitarios. Hoy el territorio está amenazado por la especulación del capital financiero y sufre un nuevo proceso de expolio y agresiones en forma de minería extractiva a cielo abierto, macrogranjas industriales o inmensas plantas de producción de energía, que responden a intereses absolutamente ajenos a la población rural y contaminan las tierras, las aguas y la atmósfera. En el concepto de salud pública que defendemos entran también, por derecho, todos los elementos que aporta el territorio: tierras y suelos fértiles, no envenenados por el uso de productos químicos; ríos vivos, acuíferos y manantiales saludables; cielos limpios y sin contaminación; la biodiversidad de los ecosistemas y la biodiversidad agrícola y ganadera; la producción de alimentos naturales, nutritivos y saludables y el derecho a la soberanía alimentaria. La defensa del territorio y sus recursos es algo intrínseco a un concepto de salud comunitaria. ¿O no es importante para la salud pública qué calidad de aguas se disfruta, qué aire se respira, qué armonía o disarmonía se recibe del entorno natural, cómo se alimenta la gente, de dónde proceden los alimentos que se sirven en los comedores escolares y residencias de mayores? Por lo cual también hay que coordinar en los programas de salud a otras personas y profesionales además de los sanitarios: profesionales que vigilan la calidad de las aguas y los alimentos, expertos en la agroecología, organizaciones que defienden el territorio, etc.

Garantizar el derecho universal a la salud pública en los territorios rurales

Partimos de un principio básico: estamos hablando de derechos fundamentales de la ciudadanía y que la propia ciudadanía puede y debe proteger y exigir.

Entendemos que los servicios públicos son los medios que las instituciones y poderes públicos ponen en marcha para la satisfacción de esos derechos que corresponden a todas las personas.

Por eso es muy importante dejar claro que exigimos derechos y servicios públicos, y que quienes los exigen somos los ciudadanos y ciudadanas.

De esta manera, los servicios públicos, puesto que han de satisfacer derechos de las personas, no se pueden prestar de manera arbitraria: no son las instituciones las que escogen qué derechos administrar. En el caso de los servicios sanitarios, entendemos que han de ser los necesarios para satisfacer el derecho universal a la salud y a la sanidad pública. Lo cual está garantizado tanto por nuestra Constitución, en su artículo 43, como por nuestra Ley General de Sanidad, que reconoce el derecho a una sanidad pública digna y de calidad, sin discriminación del lugar donde se viva o de cualquier otro determinante.

«Ser menos no resta derechos» era el lema que resumía el sentir de la Revuelta de la España Vacía. En efecto, quienes vivimos en los territorios rurales de la España vaciada arrastramos una sensación de marginación y a menudo percibimos que «ser menos sí nos resta derechos».

Reivindicaciones en defensa de la Sanidad pública de calidad en el Mundo Rural

Reivindicamos el acceso a una Sanidad pública de calidad como un derecho y no como una gracia que se nos pueda conceder. Los poderes públicos deben garantizar la atención y el acceso a la Sanidad pública a todas las personas que habitan en los territorios rurales, independientemente del lugar en el que se viva.

Abogamos por un nuevo modelo sociosanitario que integre en la planificación de la atención primaria en el Mundo Rural a los profesionales sanitarios, a los profesionales de los servicios sociales y a las entidades y asociaciones que prestan servicios sociosanitarios en la zona, especialmente en la atención a las personas mayores, y, por supuesto, a los/as ciudadanos/as.

Exigimos que se mantengan abiertos y activos los consultorios locales. Todos los pueblos por derecho y justicia deben contar con la asistencia de los equipos de Atención Primaria; se debe asegurar la presencia del médico o médica y enfermero/a en todos los pueblos al menos un día a la semana, tengan los habitantes que tengan, sin estar condicionada a la cita previa. Deben ser los y las profesionales quienes se acerquen adonde está la gente y no a la inversa.

Rechazamos el modo de funcionamiento a base de citas previas para el Mundo Rural, que consideramos un paso adelante en el proceso de desmantelamiento de los

servicios sanitarios en zonas de poca población. En ningún caso aceptamos la deshumanización de concertar las citas a través de una máquina, especialmente en zonas rurales donde la mayoría de la población son personas mayores.

Proponemos **un programa básico de salud pública en las zonas rurales fundamentado en la prevención**. Entendemos que la atención sanitaria no debe limitarse a la asistencia a los pacientes con alguna enfermedad, patología o dolencia, sino que debe tender más a la prevención, educación y promoción de la salud, lo cual implica realizar tareas de atención grupal o colectiva con la población. Además, es importante el seguimiento de enfermos crónicos, así como las visitas domiciliarias a personas inmovilizadas o con dificultad de desplazamiento, tareas que requieren igualmente la presencia del personal sanitario en el pueblo.

Consideramos que la plantilla de médicos/-as y enfermeros/-as del Centro de Salud comarcal debe ser la necesaria para atender a una población dispersa en numerosas localidades en un territorio amplio, formada predominantemente por personas mayores; debe contar con personal para cubrir las guardias, asegurar las sustituciones por vacaciones o bajas y atender los picos de población que experimentan muchas zonas rurales en determinadas épocas del año. En ningún caso debe aplicarse el criterio numérico (cupos de cartillas asignados a cada profesional) o de rentabilidad para justificar el recorte de profesionales.

Proponemos crear la figura del sanitario rural, de modo que esta sea una opción elegida libremente por personas motivadas por desarrollar su trabajo profesional en ese contexto, y contar para ello con una especialización en la formación. Además, consideramos que es necesaria una dignificación de la figura del médico/-a y enfermero/-a rural, con incentivos y condiciones que la hagan más atractiva.

Además, **exigimos el cumplimiento de la Ley General de Sanidad dotando a todas las áreas de salud de un equipo multidisciplinar** en el que las personas licenciadas en medicina no sean el centro de la atención primaria, sino solo una parte muy importante. Requerimos también en las zonas básicas de salud personal de Fisioterapia, Psicología, Trabajo social, Pediatría, Geriatría, Enfermería especializada en cuidados geriátricos, Psiquiatría, etc., tan necesario como los profesionales de la Medicina, con la jornada de atención semanal necesaria en función de las necesidades.

Exigimos que se constituyan de nuevo y se convoquen con regularidad los Consejos de Salud comarcales, que han caído en la inactividad más absoluta. Los Consejos de Salud deben ser el espacio de participación municipal y social para el diagnóstico de la salud en la zona, en base al cual realizar la planificación, el seguimiento y la evaluación de la intervención sanitaria.

Reivindicamos una cobertura informática adecuada en las zonas rurales y la mejora de los equipos en los Centros de Salud y consultorios locales, que aseguren un mejor servicio en aspectos como las urgencias, el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, el apoyo telemático de especialistas, etc.

«No queremos concesiones. Exigimos justicia»