

LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA EN EL MEDIO RURAL

Pamplona/Iruña, 26 a 28 de abril de 2022



**Defensor del Pueblo
de Navarra
Nafarroako Arartekoa**

INDICE

I. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.

II. EL DERECHO A LA SALUD EN EL MEDIO RURAL. MARCO NORMATIVO.

- 1. Constitución española.**
- 2. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.**
- 3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.**
- 4. Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural.**
- 5. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.**

III. LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL MEDIO RURAL.

- 1. Atención primaria de salud.**
 - A. Definición y características esenciales.**
 - B. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.**
- 2. Servicios de atención continuada y urgente.**
- 3. Atención especializada de salud.**

IV. CIRCUNSTANCIAS QUE DIFICULTAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN EL MEDIO RURAL.

- 1. Relacionadas con la población.**
- 2. Relacionadas con el personal profesional sanitario y administrativo.**
- 3. Relacionadas con las infraestructuras y servicios disponibles.**

V. RECOMENDACIONES.

I. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA.

En el marco de las XXXIV Jornadas de Coordinación de Defensorías del Pueblo, celebradas durante los días 15 y 16 de octubre de 2019 en Sevilla y Tarifa (Cádiz), las defensorías del pueblo acordaron la celebración de las próximas jornadas de coordinación en León, en 2020, organizadas por el Procurador del Común de Castilla y León y dedicadas a analizar la prestación del servicio público de salud en el medio rural. También se encomendó al Defensor del Pueblo de Navarra la celebración de un taller de preparación de estas jornadas.

Sin embargo, como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 que venimos padeciendo desde hace más de año y medio, tanto el taller de preparación como las jornadas de coordinación fueron suspendidas y aplazadas a un momento en el que la situación sanitaria permitiera su desarrollo con cierta normalidad.

Con estas jornadas de coordinación, las defensorías del pueblo quieren analizar los problemas y quejas de la ciudadanía relacionadas con la prestación del servicio público de salud en los municipios del medio rural, y formular las recomendaciones que consideran más oportuno sobre los problemas diagnosticados.

España dispone de un sistema público de protección de la salud de su población que en muchos momentos ha sido puesto de ejemplo o de modelo de referencia por otros países del mundo occidental. Es un sistema público, de prestación que aspira a ser general y universal, financiado por los presupuestos públicos en su gran mayoría (es decir, por los impuestos de los contribuyentes, con lo que muestra su carácter de sistema solidario), y que garantiza la igualdad en la atención sanitaria a todos los seres humanos.

Con todo, es también un sistema con muchas limitaciones, problemas y que, en ocasiones, se muestra insuficiente ante las necesidades que requiere la población.

Una de las principales limitaciones y donde se comprueba la insuficiencia y los problemas que padece el sistema se da en el medio rural español, hasta el punto de que se ha hablado y diferenciado entre el sistema sanitario rural y el sistema sanitario urbano, lo que ha podido abrir importantes desigualdades de trato entre la población según su lugar de ubicación por la Administración sanitaria, algo que la Constitución veda.

Si ya de por sí resulta difícil la atención a los problemas de salud del conjunto de la población, esta dificultad se acrecienta de forma más notable en el medio rural, por diversas razones que se analizan en este documento.

La raíz del problema se encuentra en el declive del mundo rural en España, un hecho que pone en peligro la calidad de los servicios que se prestan en muchos de nuestros pueblos y villas para poder vivir en ellos, cuando no su propia continuidad o su supervivencia.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, prácticamente la mitad de los municipios que hay actualmente en España tienen una población inferior a quinientos (500) habitantes, habiéndose incrementado durante los últimos años el número de municipios con una población inferior a cien (100) habitantes.

La Comisión de Despoblación de la Federación Española de Municipios y Provincias ha puesto de manifiesto esta tendencia a la baja del número de habitantes en las poblaciones de menor tamaño, observada a lo largo de los últimos años:

“El análisis de las cifras del padrón municipal de habitantes evidencia una dinámica preocupante: los pueblos pequeños son cada vez más pequeños, cada vez más despoblados. En el año 2000 había en España 3.807 municipios de menos de 500 habitantes; ahora son ya 3.938 los que están en esa situación. Pero es que, además, en el año 2000, de todos esos municipios que subsistían con menos de 500 vecinos, «solo» el 24,4% contaban con menos de 100 empadronados. Ahora, sin embargo, de todos los municipios españoles que hay con menos de 500 habitantes, el 32,7% cuentan con menos de 100 vecinos. Es decir, la situación ha empeorado de forma muy acusada, y en el último año ha seguido haciéndolo. En el censo publicado por el INE a finales de 2015 había en España 1.238 municipios con menos de 100 empadronados; en el que publicó a finales de diciembre de 2016 la lista se elevaba a 1.286 localidades (Estudio de población y despoblación en España 2016)”.

Estamos ante lo que el sentir popular ha denominado en sus reivindicaciones “*la España vaciada*”, para referirse a la pérdida de población del medio rural español.

Una comisión de expertos constituida por el Senado en 2015 estimó que una densidad inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado es indicativa de la despoblación de un municipio, condición que solo se cumple en el caso de aquellos que cuentan con un número de vecinos inferior a 10.000. Esto afectaría al 42% de los municipios españoles, en los cuales viven el 2% de la población y representa el 41,7 de la superficie total de España (210.063 kilómetros cuadrados).

En términos provinciales, son catorce las provincias en las que más del 80% de sus municipios no superan los 1.000 habitantes. Los datos son especialmente preocupantes en las provincias de Soria, Teruel, Zamora, Ávila, Burgos y Salamanca, en las que el más 90% de todos sus municipios tienen menos de 1.000 habitantes. A ellas le siguen Palencia y Guadalajara con cerca del 90%, y Zaragoza, Valladolid, Segovia, Huesca y Cuenca con tasas que superan el 80%.

Por citar algunos datos de comunidades autónomas sobre este despoblamiento, estos serían los siguientes¹:

Andalucía:

- Cerca del 66% de su territorio lo ocupan municipios escasamente poblados con menos de 50 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 15% de territorio lo ocupan municipios menos poblados todavía, donde 73 municipios tienen menos de 8 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 90% de todos ellos (el número total de municipios son 786) son municipios rurales de menos de 5.000 habitantes².

Aragón:

- El 70% del total de municipios (731) tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 62% del total de los municipios tienen menos de 500 habitantes³.

¹ Datos deducidos del Instituto Nacional de Estadística del año 2018.

² Según datos aportados por la oficina del Defensor del Pueblo Andaluz, de sus 778 municipios, 524 se comprenden en el concepto de "rural" (66,7 %), habitados por el 17,3 % de la población total (1.455.663 personas del total de 8.414 240). La mitad de los municipios andaluces, 389, está perdiendo población desde el año 2000.

³ Según datos aportados por la oficina del Justicia de Aragón, Aragón tiene una superficie de 47.720 Km² y una población de 1.324.397 habitantes distribuida en 731 municipios. Con 27,75 habitantes por kilómetro cuadrado mantiene una baja densidad si se compara con la densidad de población de España. El 21% de la población tiene 65 o más años lo que la convierte en la sexta Comunidad Autónoma más

Asturias:

- El 22% de los concejos asturianos (el número total es de 78) tiene menos de mil habitantes.
- Existen en la actualidad más de 700 pueblos abandonados.

Cantabria:

- El 21% de los municipios (102) tienen una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 10% de los municipios tiene menos de 500 habitantes.

Castilla-La Mancha:

- Alrededor del 62% de los municipios (el número total de municipios son 919) tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 50% de total de los municipios tienen poblaciones inferiores a 500 habitantes.
- El 80% de los municipios de Cuenca tienen menos de 1.000 habitantes.

Castilla y León:

- Más del 88% de los municipios (2.248) tiene menos de 1.000 habitantes.
- Más del 78% de los municipios tienen menos de 500 habitantes.
- El 68% de los municipios tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado, de los cuales más del 28% tienen menos de 100 habitantes y el 52% menos de 500.

Catalunya:

- El 19% de los municipios (947) tienen menos de 500 habitantes.
- El 21% de los municipios tienen densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.

envejecida. Las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística reflejan que el 51,10% de la población aragonesa se concentra en Zaragoza capital que cuenta con 674.997 habitantes. En Aragón, 210 municipios tienen menos de 100 habitantes y un 11,3% de la población se dispersa en 627 municipios de menos de 1.000 habitantes.

Comunitat Valenciana:

- Cerca del 16% de los municipios (542) tienen una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado, de los cuales casi el 100% tienen menos de 500 habitantes.

Euskadi⁴:

- Euskadi tiene una población de 2.188.017 habitantes y un total de 251 municipios.
- 59 municipios tienen menos de 500 habitantes.
- Sólo 13 municipios tienen una población inferior a 10 habitantes por metro cuadrado.

Extremadura:

- Extremadura tiene 1.079.920 habitantes y un total de 387 municipios.
- 120 municipios (de 387) tienen menos de 500 habitantes.
- En la provincia de Badajoz, el 35,2 por ciento de sus municipios tienen menos de 1.000 habitantes, y en Cáceres el 67,3 por ciento.
- De los pueblos con menos de 1.000 habitantes de la provincia de Badajoz, un 8,6 por ciento tendrían problemas de sostenibilidad demográfica, mientras que el porcentaje se incrementa al 28,7 por ciento en el caso de Cáceres.

Galicia:

- Galicia cuenta con un total de 53 comarcas y 313 concellos o municipios.
- Galicia cuenta con más de 3.600 aldeas completamente vacías.
- Sin embargo, apenas hay municipios con menos de 1.000 habitantes en las provincias de A Coruña, Lugo y Pontevedra. En Ourense suponen el 26% del total.

Illes Balears:

- Cuenta con 67 municipios, solo 6 de ellos tienen menos de 1.000 habitantes.

⁴ Datos aportados por la oficina del Ararteko.

- Solo 13 municipios de Mallorca tienen ahora menos población que hace cien años.

Islas Canarias:

- Cuenta con 88 municipios. Solo uno de ellos tiene menos de 1.000 habitantes.
- Únicamente 22 municipios tienen hoy menos población que en 1999 y se encuentran en las islas de La Palma (7), Gran Canaria (6), Tenerife (5), La Gomera (2) y El Hierro (2).

La Rioja:

- Prácticamente el 85% de los municipios (146 de 174) tiene menos de 1.000 habitantes.
- El 75% de los municipios tienen menos de 500 habitantes.
- La mitad de los municipios tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.

Comunidad de Madrid:

- 47 de los 179 municipios existentes tienen una población inferior a 1.000 habitantes.
- 28 de los municipios tienen una población inferior a 500 habitantes.
- La comarca de la Sierra Norte tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.

Región de Murcia:

- Únicamente 2 municipios (de 45) tienen menos de 1.000 habitantes.
- Solo cuenta con un municipio (de los 45 que tiene) con una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetros y afecta a 8.189 habitantes.

Navarra:

- El 32% de los municipios (el número total son 272) tiene una densidad de población inferior a 10 habitantes por kilómetro cuadrado.
- El 30% de los municipios tiene menos de 500 habitantes.

Existe en España, además, un extenso territorio en torno a las montañas del Sistema Ibérico que va desde las provincias de Valencia y Castellón a las de Burgos y La Rioja, pasando por Cuenca, Teruel, Guadalajara, Zaragoza, Soria y Segovia, que cuenta con una superficie de alrededor de 60.000 kilómetros cuadrados, pero donde solo están censados 487.417 habitantes, con una densidad de población de 7,72 habitantes por kilómetro cuadrado, aunque en amplias zonas no alcanza los 2 habitantes por kilómetro cuadrado.

Las cifras prueban que la mitad de los municipios españoles están en peligro de extinción y exponen el desequilibrio demográfico que existe en España y que se ha agravado en los últimos años.

Además de la escasa población con que cuentan muchos municipios y otros entes locales, también es una característica muy relevante la dispersión geográfica que se aprecia en el ámbito rural y que afecta a una parte significativa del territorio. Uno y otro factor, escasa población y dispersión, operan ordinariamente de forma conjunta, y plantean exigencias específicas que los poderes públicos y, en particular, la Administración sanitaria, han de afrontar en orden a la organización de unos servicios que garanticen la equidad en el acceso y la calidad en la prestación.

El fenómeno de la despoblación y la existencia de un número cada vez más elevado de municipios que han visto reducidos sus habitantes suponen un reto trascendental para los sistemas públicos de salud y para la organización de la prestación de la atención sanitaria, dentro de los parámetros de equidad, proximidad y calidad exigibles. De nada sirve adoptar medidas e invertir en el desarrollo rural si el servicio público de protección de la salud no está suficientemente atendido a través de una red de atención sanitaria adecuada y suficiente.

Como ha indicado el Consejo Económico y Social de España en su Informe 01/2018, sobre *“El medio rural y su vertebración social y territorial”*:

“Los importantes avances realizados en la provisión tanto de los servicios educativos como sanitarios en el medio rural, se pueden ver claramente amenazados por la tendencia a una mayor concentración de los mismos y por el impacto de los ajustes presupuestarios en ambos ámbitos. Pero no solo se trata de la necesidad o no de más centros sanitarios o educativos en determinados territorios, sino de ofrecer un

servicio adecuado, suficiente y de calidad. Algunas claves para su mejora pueden ser aquellas actuaciones que mejoren la accesibilidad, desde el aumento y mejora de las infraestructuras de comunicación, hasta las condiciones o normas que regulan el funcionamiento de los servicios (horarios de apertura, libertad para la elección de médico, citación telefónica, etc.); así como por el incremento de la movilidad derivada del uso de transportes públicos. También es necesaria una mayor coordinación de los servicios a la población, especialmente en el ámbito socio-sanitario, capaz de superar la visión sectorial de las distintas políticas existentes para conseguir adaptarse a las necesidades de la población más representativa de estos espacios, y evitar así problemas de desatención y/o de ineficiencia en el uso de los recursos. Finalmente, es imprescindible aumentar la estabilidad de las plantillas de los centros educativos y sanitarios, tanto para garantizar una continuidad de la atención prestada a la población, como por las consecuencias, para los profesionales y para los usuarios, que tiene la rotación en la reorganización de los equipos”.

El citado informe añade también que:

“En cuanto a la atención sanitaria en el medio rural, el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció algunas líneas de actuación para mejorar la calidad de la atención primaria en el medio rural y, especialmente en zonas aisladas, que, a juicio del CES, deberían ser evaluadas. Este Consejo cree asimismo que para la mejora de los servicios sanitarios en el medio rural deberían haberse hecho efectivas las estrategias de mejora establecidas en el Programa de Desarrollo Rural Sostenible (2010-2014) que consideraba necesario fortalecer y mejorar la red de centros de salud de atención primaria, y también mejorar el tiempo de respuesta y los medios de atención inmediata en caso de urgencias, de forma que permita reducir el tiempo de espera de los potenciales pacientes de todos los núcleos de la zona rural hasta la llegada del medio de transporte (ambulancia UVI o helicóptero) a un máximo de 30 minutos. Respecto a la atención especializada, las zonas rurales deberían contar con

servicios adaptados a sus circunstancias geográficas, demográficas y sociales específicas. En este sentido, existe una creciente necesidad de acondicionar dicha atención al envejecimiento, siendo especialmente importantes los servicios sociosanitarios, el acceso a esta atención de las personas mayores, y la movilidad. El Programa de Desarrollo Rural Sostenible planteaba la posibilidad de establecer servicios sanitarios especializados itinerantes, al menos en materia de prevención de enfermedades, y en materia de atención a personas de la tercera edad, personas con discapacidad, con dificultades de movilidad, y de atención temprana. Sin embargo, en opinión del CES la falta de aplicación de esta propuesta resta relevancia a la misma, al desconocerse su grado de implantación y eficacia”.

En último lugar, no pueden dejarse de lado los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización de las Naciones Unidas, que aspiran a acabar con la pobreza, el hambre y las desigualdades en el mundo. Los objetivos de desarrollo sostenible son el plan maestro para conseguir un futuro sostenible para todos. Se interrelacionan entre sí e incorporan los desafíos globales a los que nos enfrentamos día a día, como la pobreza, la desigualdad, el clima, la degradación ambiental, la prosperidad, la paz y la justicia.

El objetivo 3, referido a Sanidad y Salud, tiene por finalidad mejorar las condiciones de vida de todas las personas, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas las edades, mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario, así como la sostenibilidad, es uno de los objetivos de carácter universal de la sanidad pública, revisando la legislación y normativa vigentes de manera que contribuyan a la consecución de ese carácter universal de la sanidad pública.

Actualmente, el mundo se enfrenta a una crisis sanitaria mundial sin precedentes. La Covid-19 ha extendido el sufrimiento humano, desestabilizando la economía mundial y cambiando drásticamente las vidas de miles de millones de personas en todo el mundo.

Antes de la pandemia, se consiguieron grandes avances en la mejora de la salud de millones de personas. En concreto, estos grandes avances se alcanzaron al aumentar la esperanza de vida y reducir algunas de las causas de muerte comunes asociadas con la mortalidad infantil y materna. Sin embargo, se necesitan más esfuerzos para erradicar por completo una gran variedad de enfermedades y abordar un gran número de problemas de

salud, tanto constantes como emergentes. A través de una financiación más eficiente de los sistemas sanitarios, un mayor saneamiento e higiene, y un mayor acceso al personal médico, se podrán conseguir avances significativos a la hora de ayudar a salvar las vidas de millones de personas.

Las emergencias sanitarias, como la derivada de la Covid-19, suponen un riesgo mundial y han demostrado que la preparación es vital. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señaló las grandes diferencias relativas a las capacidades de los países para lidiar con la crisis de la Covid-19 y recuperarse de ella. La pandemia constituye un punto de inflexión en lo referente a la preparación para las emergencias sanitarias y la inversión en servicios públicos vitales del siglo XXI.

Por ello, no conviene perder de vista cuál es el objetivo 3, salud y bienestar, de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas:

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños y niñas menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol

3.6 Para 2030, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.

3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos y todas.

3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos y todas.

3.c Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

II. EL DERECHO A LA SALUD EN EL MEDIO RURAL. MARCO NORMATIVO.

1. Constitución Española.

El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Constitución dispone también que la ley establecerá los derechos y deberes de todos y todas al respecto.

La tutela del derecho a la salud de la ciudadanía ha de hacerse de modo efectivo y adecuado y en condiciones de igualdad efectivas y reales (artículo 9.2), al margen del lugar de residencia de los particulares o de sus posibilidades físicas o económicas para desplazarse. A este respecto, el artículo 139.1 de la Constitución dispone que todos los españoles y españolas tienen los mismos derechos en cualquier parte del territorio del Estado.

Este derecho constitucional a la protección de la salud guarda una indudable relación con otros derechos reconocidos constitucionalmente. Así, en el artículo 41 de la Constitución se encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para toda la ciudadanía, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, y el artículo 49 establece que dichos poderes públicos también deben realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, a las que prestarán la atención especializada que requieran y les ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que la Constitución otorga a toda la ciudadanía.

También guarda relación con el principio de igualdad de todas las personas ante la ley que consagra el artículo 14 de la Constitución, sin que puedan existir circunstancias sociales que supongan una discriminación entre la ciudadanía. Igualdad que, en un Estado social, debe ser real y efectiva, correspondiendo a los poderes públicos remover los obstáculos que puedan impedir o dificultar su plenitud.

En cuanto al alcance del derecho a la protección a la salud, el Tribunal Constitucional ha interpretado en su Sentencia 139/2016, de 21 de julio, que (fundamento octavo):

“La naturaleza del derecho a la salud como principio rector no implica que el art. 43 CE constituya una norma únicamente programática,

vacía de contenido, sin referencias que lo informen, especialmente con relación al legislador, que debe configurarlo en virtud del mandato del art. 43.2 CE para que establezca las prestaciones necesarias para tutelar la salud pública. (STC 233/2007, de 5 de noviembre, FJ 7; 154/2006, de 22 de mayo, FJ 8, y 14/1997, de 28 de enero, FJ 11). En consecuencia, el art. 43 CE debe ser considerado como un principio rector constitucional dirigido a orientar y determinar la actuación de los poderes públicos (ATC 221/2009, de 21 de julio, FJ 4), expresivo de “un valor de indudable relevancia constitucional” (ATC 96/2011, FJ 5), lo que se traduce en su obligación “de organizar” la salud pública y de “tutelarla a través de las medidas, las prestaciones y los servicios necesarios” (STC 95/2000, de 10 de abril, FJ 3). En suma, el desarrollo del art. 43 CE y la articulación del derecho a la protección de la salud requieren que el legislador regule las condiciones y términos en los que acceden los ciudadanos a las prestaciones y servicios sanitarios, respetando el contenido del mandato constitucional. Debe tenerse presente que, dada la ubicación sistemática del art. 43 CE, nos encontramos ante una remisión a la libertad de configuración del legislador ordinario que deriva de lo dispuesto en el art. 53.3 en relación con el art. 43.2 CE”.

Por otro lado, la sanidad, entendida esta como el conjunto de prestaciones del servicio público dirigidas a proteger el derecho de todas las personas a la salud, ha recibido la calificación de servicio público esencial o fundamental (artículo 15 de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas).

En este sentido se pronunció el Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo) en su sentencia de 1 octubre 1984, donde declaró lo siguiente:

“La naturaleza de la acción sanitaria debe concebirse como un servicio público, máxime después de la declaración constitucional -art. 43.2-, de que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”.

Esta configuración de la sanidad como un servicio público fundamental resulta de gran trascendencia porque implica la necesaria e ineludible titularidad pública del servicio, su universalidad y gratuidad, y que su prestación deba realizarse de acuerdo con los principios de igualdad y proximidad, sin importar el lugar de residencia de las personas a las que se dirige el servicio sanitario, y, en todo caso, de acuerdo con unos estándares aceptables de calidad.

2. Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

En desarrollo de las anteriores previsiones constitucionales, se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.

El artículo 3 de esta ley establece que “la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”, siendo una de las características del sistema nacional de salud, la extensión de sus servicios a toda la población.

Así, el artículo 12 de la Ley general de sanidad dispone que los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, según lo dispuesto en los artículos 9.2 y 158.1 de la Constitución.

La atención primaria de salud juega un papel fundamental en la extensión de los servicios sanitarios a toda la población y en la garantía de la equidad del sistema. Dicha atención se presta a través de los centros de salud, que están configurados legalmente como centros integrales de atención primaria.

A los centros de salud se les encomienda el desarrollo de forma integrada y mediante el trabajo en equipo de todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de las personas que habitan en la zona básica, a cuyo efecto, se les debe dotar de los medios personales y materiales que sean precisos para el cumplimiento de dicha función (artículo 63), y se les atribuyen las siguientes funciones (artículo 64):

a) Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.

b) Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la zona.

c) Servir como centro de reunión entre la comunidad y el personal profesional sanitario.

d) Facilitar el trabajo en equipo del personal profesional sanitario de la zona.

e) Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a la ciudadanía el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar los principios de equidad, calidad y participación social en el sistema nacional de salud.

Dichos principios se definen en el texto legal del siguiente modo:

a) Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todas las personas.

b) Calidad, que conjugue la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de estas, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando estos aparecen; calidad que evalúe el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando solo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, e implicando a todos los actores del sistema.

c) Y, por último, participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

Estos principios de equidad, calidad y participación social cobran una especial relevancia en el medio rural, dada la situación de partida de desventaja en la que se encuentran los recursos (humanos y materiales) e infraestructuras y servicios con las que cuenta el Sistema Nacional de Salud en los núcleos con escasa población, por lo que se hace más imperioso su cumplimiento y la adopción de medidas que los garanticen.

A estos principios de equidad, calidad y participación, que podríamos calificar de “esenciales” del sistema sanitario español, la ley añade los siguientes principios generales:

a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias.

b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.

c) La coordinación y la cooperación de las administraciones públicas sanitarias para la superación de las desigualdades en salud.

d) La prestación de una atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.

e) La financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica.

f) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de los y las profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

g) La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados en la prestación de servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

h) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica.

4. Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural.

La Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible en el medio rural, contempla entre sus objetivos generales la necesidad de “potenciar la prestación de unos servicios públicos básicos de calidad, adecuados a las características específicas del medio rural, en particular en los ámbitos de la educación, la sanidad y la seguridad ciudadana”.

En lo que respecta a la sanidad, dicha ley establece:

“De modo complementario, las medidas sanitarias requieren una adaptación del sistema público de salud a las necesidades del medio rural, completando las infraestructuras sanitarias, manteniendo y mejorando los equipamientos, y garantizando el acceso a una atención sanitaria especializada de calidad en todo tipo de zonas rurales”, llegando incluso a establecer la necesidad de que se prevean “(...) medidas para propiciar que los empleados públicos, preferentemente los docentes y sanitarios, se establezcan en el medio rural”.

A tal efecto, el artículo 30 de la ley se refiere a la prestación sanitaria en el medio rural y establece lo siguiente:

“Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa (de Desarrollo Rural Sostenible) podrá establecer medidas que persigan:

a) La mejora de la sanidad, en particular de la Atención Primaria, singularmente en las zonas rurales prioritarias, que permita asegurar unos servicios sanitarios básicos de proximidad en cada zona rural.

a) La puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la telemedicina.

b) La mejora del acceso de los ciudadanos que residen en el medio rural a una atención sanitaria especializada de calidad, prestando una atención singular a las urgencias médicas”.

Por su parte, el artículo 31, referido al empleo público, dispone que:

“Con objeto de propiciar su estabilidad en el medio rural, el Programa podrá establecer, mediante incentivos administrativos, profesionales o económicos, medidas específicas de apoyo para los empleados públicos que realicen su actividad profesional y residan en el medio rural, singularmente en las zonas rurales prioritarias. Estas medidas se aplicarán con carácter preferente a los empleados públicos docentes y sanitarios”.

5. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud.

En su artículo 1.2, este Real Decreto establece que la delimitación del marco territorial, que abarcará cada Zona de Salud, se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales. Y añade que, en aplicación de estos criterios, la población protegida a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano.

No obstante, el precepto admite que, excepcionalmente, pueda determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen. Asimismo, y también con carácter excepcional, se admite que una Zona pueda abarcar una población mayor cuando las circunstancias poblacionales lo aconsejen.

El artículo 2.2 dispone que *“en el medio rural podrá, existir un Consultorio Local en cada una de las localidades restantes que constituyan la Zona”*.

Finalmente, el artículo 6. 2 establece que *“en el medio rural la atención se prestará en un tiempo de mañana y otro de tarde, en el Centro de Salud, Consultorios Locales y domicilio, tanto en régimen ordinario como de urgencia”*.

III. LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL MEDIO RURAL.

1. Atención primaria de salud.

A. Definición y características esenciales.

La atención primaria de salud es la puerta de entrada de la ciudadanía al sistema nacional de salud, por lo que su correcta prestación resulta de gran importancia para asegurar la asistencia sanitaria en el medio rural, en términos de equidad y calidad, dada la especial relación de cercanía que se da entre el personal sanitario y los usuarios-pacientes del sistema en dicho entorno rural.

La atención primaria constituye el pilar esencial del sistema de protección de la salud de la población que vive en el medio rural, por lo que ha de verse reforzada en todo momento y cualquiera que sea la configuración final de dicho sistema.

Según lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención primaria es el nivel básico e inicial

de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de cada paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

Asimismo, la atención primaria también comprende:

a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio de la persona enferma.

b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.

e) La rehabilitación básica.

f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género, la infancia, la adolescencia, las personas adultas, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

g) La atención paliativa a personas que padecen enfermedades terminales.

h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.

i) La atención a la salud bucodental.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha definido la atención primaria de salud como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye*

la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud, 1978).

Las características esenciales de la atención primaria de salud, se podrían clasificar en:

a) Integral: aborda los problemas y necesidades de salud de la persona desde una perspectiva biopsicosocial, considerando siempre sus componentes biológicos, psicológicos y sociales como partes indisolubles de los procesos de salud-enfermedad.

b) Integrada: asume que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.

c) Continuada y longitudinal: desarrolla sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).

d) Activa: se realiza por profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.

e) Accesible: sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten o que las discriminen en función de su raza, edad, creencias o situación económica.

f) Desarrollada por equipos: estos equipos se encuentran formados por personal profesional sanitario (medicina, enfermería...) y no sanitario (trabajo social, administración...).

g) Comunitaria y participativa: enfoca la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.

h) Programada y evaluable: a partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados y con herramientas de evaluación adecuadas.

i) Docente e investigadora: tiene capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.

B. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Por otra parte, en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra los días 23 a 28 de mayo de 2016, se estableció como una de las estrategias que deben seguir los sistemas nacionales de salud, la de llegar a las poblaciones insuficientemente atendidas o marginadas. Según la Organización Mundial de la Salud, este enfoque reviste una importancia trascendental para garantizar la universalidad de acceso a los servicios de salud de calidad. Es irrenunciable para poder cumplir grandes objetivos de sociedad como la equidad, la justicia social o la solidaridad y ayuda a generar cohesión social. Para hacerlo realidad, hay que intervenir en todos los niveles del sector de la salud y actuar concertadamente con otros sectores y con todos los segmentos de la sociedad para abordar los demás determinantes de la salud y la equidad sanitaria.

Para aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención, la Organización Mundial de la Salud realizó las siguientes recomendaciones mundiales de política:

A. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE FORMACIÓN.

1. Establecer políticas de admisión focalizadas en estudiantes procedentes de zonas rurales en los programas de formación de las diferentes disciplinas sanitarias, para aumentar la probabilidad de que los que se gradúen ejerzan en zonas rurales.

2. Situar las escuelas de formación profesional, los campus universitarios y las residencias de especialización en medicina de familia fuera de las capitales y grandes ciudades, ya que es más probable que las personas egresadas de estas escuelas y programas decidan trabajar en zonas rurales.

3. Estimular las experiencias y las prácticas clínicas rotatorias del estudiantado de diferentes disciplinas en las comunidades rurales, para atraerlo hacia esas zonas y aumentar las posibilidades de contratación.

4. Modificar los programas de estudio de grado y de posgrado para que incorporen materias de estudio relacionadas con la salud en el entorno rural; mejorar así las aptitudes de los agentes de salud que trabajan en zonas rurales y, por lo tanto, aumentar el grado de satisfacción laboral y la permanencia.

5. Estimular la permanencia estableciendo programas de formación continua y promoción profesional que se adapten a las necesidades del personal sanitario de las zonas rurales y a los que los agentes de salud puedan acceder fácilmente desde el lugar donde residen y trabajan.

B. RECOMENDACIONES NORMATIVAS.

1. Establecer y regular entornos más favorables para el ejercicio profesional en las zonas remotas o rurales, con el fin de aumentar la satisfacción laboral y facilitar la contratación y la permanencia.

2. Establecer categorías diferentes de personal sanitario con formación apropiada y reglamentar la práctica en zonas rurales, para aumentar el número de agentes de salud en las zonas remotas o rurales.

3. Garantizar que la exigencia del servicio obligatorio en zonas rurales y remotas vaya unida al apoyo y los incentivos apropiados, con el fin de fomentar la contratación y la posterior permanencia de los agentes de salud en esas zonas.

4. Ofrecer becas, ayudas y otros subsidios para la formación cuya contrapartida sea la obligación de prestar servicio en zonas remotas o rurales, para aumentar la contratación de agentes de salud en esas regiones.

C. RECOMENDACIÓN EN MATERIA DE INCENTIVOS ECONÓMICOS.

1. Recurrir a una combinación de incentivos económicos sostenibles en términos presupuestarios, como prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, traslados gratuitos, etcétera, suficientes para compensar el costo de oportunidad asociado con el trabajo en zona rurales (desde la perspectiva de los agentes de salud), y mejorar la retención en esas zonas.

D. RECOMENDACIONES EN MATERIA DE APOYO PERSONAL Y PROFESIONAL.

1. Mejorar las condiciones de vida del personal sanitario y de sus familias e invertir en infraestructuras y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas) porque estos factores influyen considerablemente en la decisión de los agentes de salud de establecerse y permanecer en las zonas rurales.

2. Garantizar un entorno laboral propicio y seguro, con equipamiento y suministros apropiados, apoyo, supervisión y tutoría, de modo que los puestos de trabajo resulten atractivos desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, aumente la contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales.

3. Identificar y realizar actividades de apoyo periférico apropiadas, para facilitar la cooperación entre agentes de salud que trabajan en zonas mejor atendidas y personal sanitario de zonas subatendidas y, cuando sea posible, recurrir a la telesanidad para ofrecer apoyo adicional a los agentes de salud de zonas remotas o rurales.

4. Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categorías superiores en zonas rurales, de manera que el personal sanitario pueda progresar gracias a la experiencia, la formación y la capacitación sin tener que abandonar las zonas rurales.

5. Apoyar la creación de redes de profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios que ejercen en zonas rurales, publicaciones periódicas sobre salud rural, etcétera, para estimular el espíritu de cuerpo y combatir la percepción de aislamiento profesional.

6. Adoptar medidas destinadas a lograr reconocimiento público, como la celebración de días de la salud rural, la concesión de premios o distinciones locales, nacionales e internacionales, para poner de relieve el trabajo realizado en las zonas rurales y crear condiciones para aumentar la motivación natural y, por lo tanto, la permanencia del personal sanitario rural.

El Ministerio de Sanidad ha publicado el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, publicada en BOE de 7 de mayo de 2019). En ella se parte de la necesidad de modernizar un servicio público que, a través de los 13.000 centros de salud y consultorios llega a toda la ciudadanía. Y se añade que la necesidad de actualización de la Atención Primaria surge de la conciencia de que:

– La Atención Primaria es clave porque es la base para la planificación de la sanidad pública y no se ha reformado de forma sistemática y ordenada desde su puesta en marcha hace más de 30 años.

– Fue el servicio sanitario que más sufrió durante la crisis.

– La Atención Primaria debe adaptarse a los cambios sociales (por ejemplo, una sociedad envejecida y con más pacientes con enfermedades crónicas).

– A las expectativas de profesionales más formados.

– Porque gracias al avance de las tecnologías es susceptible de resolver una mayor parte de la demanda de salud, aprovechando las ventajas que ofrecen los sistemas de información y comunicación para mejorar su capacidad de resolución y actuar en prevención.

– Debido a las movilizaciones de pacientes y profesionales en todos los territorios.

2. Servicios de atención continuada y urgente.

El servicio de atención continuada es el que se presta en horario ampliado de determinados procesos que precisan de un seguimiento especial (crónicos, paliativos, pluripatológicos severos, etcétera) y de aquellos procesos agudos que, sin poder clasificarse propiamente como urgencias, requieren de atención en el día y surgen fuera del horario ordinario.

Este tipo de servicio se caracteriza por el carácter no demorable de la atención y porque requiere de un especial seguimiento y continuidad en el tratamiento.

Por otra parte, la atención urgente se puede definir como una situación de aparición imprevista que obliga a poner rápidamente en marcha actitudes o acciones prioritarias y remedios excepcionales para estabilizar la situación.

Según lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio de la persona paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería.

Tanto en el caso de la atención continuada como en el de la urgente, la atención sanitaria se caracteriza por la imprevisibilidad de las situaciones que se pueden dar, lo que conlleva dificultades para las administraciones sanitarias a la hora de organizarse, que en muchas ocasiones se traducen en carencias organizativas e ineficiencias.

Dependiendo de la atención específica que requiera la persona paciente o de la hora en la que se produzca, los medios habilitados para dar una respuesta por parte de la administración, también pueden variar: movilización del transporte sanitario urgente; realización de la atención en el centro de salud de la localidad de residencia del paciente; realización de la atención sanitaria en un centro sanitario ubicado en la cabecera del municipio de residencia o en núcleos urbanos; desplazamiento del personal facultativo al domicilio de cada paciente, etcétera.

Las quejas recibidas en las defensorías del pueblo ponen de manifiesto deficiencias en los servicios de urgencia, sobre todo, lo cual es más grave, en el medio rural, por razón del aislamiento de la persona paciente, de la lejanía respecto de centros médicos adecuados para hacer frente con éxito a la patología que surge de improviso: servicios de ambulancia o de transporte insuficientes o, en casos puntuales, inexistentes, la tardanza en su prestación, presencia de personal no capacitado en las ambulancias, inexistencia de personal médico o sanitario en los primeros momentos de necesidad, fallos de coordinación en el momento de producirse las llamadas a los servicios de emergencias, etcétera.

Los servicios de urgencia en el medio rural son el segundo pilar del sistema de protección de la salud. Su eficiente organización y la suficiencia de recursos técnicos y humanos capacitados para hacer frente con solvencia a las situaciones imprevistas que les surgen, deben ser premisas necesarias a cumplir si se quiere garantizar de un modo real el derecho a la protección de la salud de la ciudadanía que vive en los municipios ubicados en el medio rural.

Debe asegurarse que, en todas las zonas del medio rural, la atención inmediata que requiera una urgencia o emergencia se preste dentro de los tiempos que recomienda la Organización Mundial de la Salud (una UVI móvil debe cubrir un circuito en el que se llegue al punto más lejano en un tiempo máximo razonable).

Los servicios de atención sanitaria continuada y de urgencias y, conexamente, los problemas relacionados con el transporte sanitario urgente, forman parte del elenco de

quejas cuyo peso específico no guarda una equivalencia real con la trascendencia del fondo del asunto que plantean estas. Las quejas, aunque menos voluminosas y, por ello, con menor o escasa entidad cuantitativa, trasladan, sin embargo, carencias cualitativas en las prestaciones y servicios sanitarios implicados en esta modalidad de atención, siendo en ocasiones cualificada su fuente de conocimiento, por provenir de profesionales del sector. Por ello, las quejas que surgen en torno a la atención sanitaria de urgencias deben ser enfocadas desde un prisma analítico, desvinculado del porcentaje que representan respecto del total, conscientes de las consecuencias más graves que las deficiencias en este ámbito comportan para la ciudadanía en general.

Las situaciones en que es preciso demandar atención sanitaria no demorable, por la alteración de ánimo en que sitúan a cualquier persona media y el riesgo de un desenlace fatal, generan gran alarma social en los casos en que afloran deficiencias o irregularidades, esencialmente concretadas en la insuficiencia de los puntos o equipos, en episodios concretos de demora en la llegada del dispositivo médico que debe hacerse cargo de la atención urgente, en casos de falta de coordinación o en supuestos de carencia en la dotación de personal sanitario a bordo de los vehículos ambulancia.

Es una aspiración recurrente de diferentes ámbitos rurales obtener una cobertura más o menos completa de la atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias en la zona, con una mayor dotación de equipos, puntos de atención continuada o unidades móviles. Se trata de una reivindicación de sobra conocida. La cobertura rural no puede compararse a la urbana; de hecho, los tiempos de respuesta difieren sustancialmente en la segunda e incluso dentro del ámbito rural, según la orografía de la zona.

En lo que atañe a las demandas de atención sanitaria urgente, surgen discrepancias sobre el tiempo de llegada del dispositivo movilizado, en las que el foco se centra en comparar, en términos de isocronas teóricas, los tiempos reales de respuesta en relación con el nivel de prioridad asignado a la demanda.

La premisa de la que se parte es la de que la atención extrahospitalaria urgente se organiza conforme a parámetros poblacionales, así como distancias y medios de comunicación, ubicándose con carácter fijo en determinados puntos de la zona básica de salud, complementándose con equipos móviles que se activan desde los centros de comunicaciones conforme a la calificación de prioridad que reciba la demanda de atención. Los factores que entran en juego, aislada o conjuntamente, se reducen a la

insuficiente dotación de dispositivos, la demora en la activación de los recursos, o el azar, en los supuestos en que tiene lugar la indisponibilidad de medios por demandas de atención simultáneas.

3. Atención especializada de salud.

Según lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel.

La atención especializada debe garantizar la continuidad de la atención integral a la persona paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquella pueda reintegrarse en dicho nivel.

La atención sanitaria especializada comprende:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- c) La hospitalización en régimen de internamiento.
- d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) La atención paliativa a personas que padecen enfermedades terminales.
- g) La atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La situación de la persona que padece una enfermedad crónica, la atención en cuidados paliativos, la dependencia, la salud laboral y, en general, la situación en la que se encuentran las personas pacientes demandantes de una atención especializada, ponen de manifiesto que la falta de equidad en el acceso a los servicios especializados resulta evidente en el medio rural, dado el emplazamiento, alejado de los núcleos rurales, en los que se encuentran la mayoría de dichos servicios especializados.

La ubicación mayoritaria de los centros de atención especializada del sistema sanitario público (grandes centros de consultas, hospitales y complejos hospitalarios) en las áreas urbanas acredita bien su inexistencia en los núcleos rurales, bien su lejanía para la población rural, con la consiguiente dificultad para su acceso.

También la crisis económica sufrida desde 2008 y sus efectos han provocado un parón en las infraestructuras sanitarias, que ha afectado al medio rural. Muchas de las previsiones en su día barajadas para construir centros hospitalarios en el medio rural han quedado aparcadas o simplemente olvidadas por estas causas.

La ciudadanía tiene derecho a la atención sanitaria especializada, a la que se accede por derivación del personal médico de atención primaria, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento del primer nivel. Precisamente por ello, es elevado el escalón que separa la primaria de la especializada, en lo que se refiere a grado de cercanía y facilidad de entendimiento.

De entre las quejas planteadas en torno al nutrido universo de este nivel asistencial, básicamente referidas a las que guardan relación con la necesidad de mejora en la gestión de sus itinerarios y circuitos, las que plantean problemas de acceso derivados de la falta de especialistas (deficiencia que comparte con la atención primaria) y al tradicional problema de la vulneración de la garantía de tiempo de las prestaciones sanitarias, es decir, los tiempos de respuesta asistencial o, más comúnmente, listas de espera, no cabe hacer distinción entre la población de zonas urbanas y la que habita en entornos rurales. Es decir, los circuitos de derivación y práctica de procedimientos son los mismos para toda la población, también es común la falta de especialistas (aunque presente mayor incidencia en los centros de áreas geográficas concretas) y otro tanto se puede concluir respecto de las listas de espera para primeras consultas de asistencia especializada, pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas.

Puesto que únicamente interesa analizar incidencias y soluciones de particular presencia en el ámbito más alejado de grandes núcleos urbanos, se han seleccionado tres aspectos específicos, a saber: el acercamiento de la atención especializada por la vía de nuevas infraestructuras sanitarias, como son los hospitales de alta resolución; la gestión administrativa más eficaz mediante la simplificación de procedimientos y circuitos en coordinación con la atención primaria; y la inequidad en el acceso a ciertos tratamientos condicionada por la residencia en zonas a las que no llega su dispensación.

Comenzando por la cuestión apuntada en segundo término, la percepción de la ciudadanía acerca de la calidad del servicio dispensado desde la atención especializada, se encuentra en no pocas ocasiones empañada por la complejidad organizativa de sus plurales circuitos, cuyo entramado desconocen, sin que a rebajar esta sensación contribuya un mecanismo de comunicación directo e inmediato, que proporcione de forma simple la información.

Junto a una gestión administrativa más eficaz, una de las medidas que allanan el camino, en el plano asistencial, es precisamente la de acortar su recorrido, es decir, simplificar sus circuitos, que, para la población distante de los centros de especialidades u hospitales, resulta de mucha utilidad. Así se presenta como conveniente para ciertos procesos, como la renovación de material ortoprotésico o la realización de pruebas de revisión de personas con determinados antecedentes o patologías, que, a pesar de su periodicidad pautada, deben hacer idéntico recorrido cada vez: de atención primaria al profesional especialista, que prescribe la prueba de revisión, cita para la prueba, práctica y cita para recogida de resultados. Un tiempo total muy dilatado, cuyos trámites no solo impiden las revisiones en el período temporal fijado como conveniente, sino que consumen muchos recursos del sistema y requieren desplazamientos de la persona interesada, para alcanzar un objetivo que podría consumarse de forma más simple.

IV. CIRCUNSTANCIAS QUE DIFICULTAN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN EL MEDIO RURAL.

Al reto que plantea la despoblación de una gran parte de los municipios, se han unido otras circunstancias que dificultan, aún más, la prestación del servicio público de salud en el ámbito rural. Estas circunstancias que afectan a la prestación del servicio están relacionadas con la población a la que se dirige dicho servicio público sanitario, con el personal que presta el servicio y con las infraestructuras disponibles:

1. Relacionadas con la población.

a) El envejecimiento poblacional es un fenómeno que se produce con mayor intensidad en el medio rural. El aumento de la esperanza de vida en España y la migración de las personas jóvenes hacia entornos urbanos, hacen que la población residente en el medio rural esté cada vez más envejecida, lo que conlleva una mayor necesidad de ser atendida por problemas derivados de la salud. En los últimos años se registra un sobre-envejecimiento con cada vez más personas que alcanzan una edad avanzada y

muchas de ellas en situación de fragilidad o con problemas de dependencia, a lo que se añade, en ocasiones, una escasez de servicios y falta de atención individualizadas. La soledad no deseada es el principal temor para un alto porcentaje de las personas mayores que viven en zonas rurales, mucho mayor que el de las residentes en ciudades. Es una realidad que esta población desea envejecer en su casa; sin embargo, el desplazamiento de las personas mayores necesitadas de apoyos a otras localidades con mayores recursos contribuye a acelerar el despoblamiento y el desarraigo de las personas de su entorno habitual.

b) Aumento de las situaciones de dependencia y discapacidad. Afortunadamente, la mejora de los sistemas sanitarios y de asistencia social ha traído una mejora de las condiciones de vida de las personas con dependencia y que tienen declarada una determinada discapacidad. Sin embargo, la atención especializada que, en ocasiones, requieren estas personas no puede garantizarse totalmente en los medios rurales, debiendo las personas pacientes trasladarse a centros alejados de su lugar de residencia, con lo que ello supone de barrera.

c) Mayor incidencia en la población de problemas crónicos de salud, enfermedades degenerativas o pluripatologías. Los tratamientos de este tipo de enfermedades, en muchas ocasiones, no pueden prestarse en el ámbito rural, lo que obliga al desplazamiento de las personas enfermas a núcleos urbanos.

d) Modificaciones en la estructura familiar. Muchas de las personas residentes en núcleos rurales tienen una avanzada edad y carecen de personal cuidador en el domicilio o en su familia, lo que lleva a que su seguimiento se tenga que realizar en exclusiva desde el sistema sanitario público.

e) El conjunto de la sociedad está cada vez más informada y exige mayor calidad de la atención sanitaria a las administraciones públicas. La falta de medios puede llevar a que la persona paciente reclame del personal sanitario que le atiende una mayor información que la que le puede facilitar con los medios disponibles, lo que, en muchas ocasiones, puede generar insatisfacción para las dos partes.

f) Estacionalidad de la población. Existe una gran proporción de segundas residencias en las poblaciones con escaso número de habitantes, lo que produce un fuerte aumento de población en los meses de primavera, verano o, incluso, de invierno, con el correspondiente incremento de servicios sanitarios durante estas épocas.

g) La existencia de municipios donde sus residentes hablan lenguas oficiales distintas al castellano u otras lenguas propias. A pesar de las grandes dificultades en la provisión de las vacantes existentes en las zonas rurales, se ha de tener presente el respeto a los derechos lingüísticos de las personas usuarias del servicio sanitario.

2. Relacionadas con el personal profesional sanitario y administrativo.

a) Se constatan las dificultades cada vez mayores para prestar la atención sanitaria en el medio rural por falta de personal médico, vacantes que no se proveen, bajas no sustituidas, sobrecargas laborales, agravadas por la pandemia, dispersión poblacional que dificulta la organización de consultas cuando falta algún facultativo...

En el medio rural, las plazas vacantes del personal profesional sanitario tienen difícil cobertura y también se suelen encontrar dificultades para cubrir las ausencias por enfermedad, los permisos o las vacaciones del personal. Se observa que la mayoría de las incidencias que se dan en la cobertura temporal de plazas son asumidas por el personal médico o sanitario de los municipios próximos, incluso, a pesar del aumento de población en estas localidades durante el verano o épocas invernales. En muchos casos de falta de profesionales, la situación se salva con la buena voluntad y disposición del personal habitual.

Entre los colectivos sanitarios una de las preocupaciones principales que manifiestan es la ausencia de medidas para fidelizar a profesionales.

b) La insatisfacción del personal y el aislamiento profesional. Si bien, afortunadamente, este problema no se da en todos los casos, resulta frecuente constatar que el personal que atiende en el medio rural tiene un mayor grado de insatisfacción con las condiciones en las que tiene que desarrollar su trabajo que el personal que atiende en núcleos urbanos o en hospitales donde existen más profesionales con los que compartir inquietudes o posibles respuestas a las problemáticas de sus pacientes.

c) La difícil comunicación presencial con otros niveles asistenciales (personal de enfermería, trabajadores y trabajadoras sociales, etcétera), ya que se depende del teléfono o de internet por la dispersión geográfica de algunos núcleos de población.

d) En los casos en los que el personal reside en el municipio donde presta sus servicios, pueden producirse conflictos derivados del exceso de confianza o del desdibujamiento de la relación personal sanitario-paciente.

e) El personal profesional sanitario que atiende en el medio rural dedica una parte muy importante de su jornada laboral a los desplazamientos en vehículo o a pie, propiciándose una desestabilización en los horarios y en las consultas de los demás municipios que tiene asignado. En algunos casos, el personal profesional sanitario se ve obligado a recurrir al uso de su vehículo particular o a disponer de taxis para llegar a puntos del territorio que, de otro modo, no podría alcanzar por la inexistencia de vehículos de la Administración. Incluso, acudiendo a la solución de los taxis, se han dado casos de negación del servicio por portarse material biológico o analíticas.

f) La dedicación del personal sanitario a labores administrativas o propias de otras categorías profesionales en determinados centros de salud ubicados en localidades pequeñas. El personal administrativo suele ubicarse en los centros de salud de poblaciones de mayor tamaño.

g) Las dificultades del personal sanitario para acceder a cursos de formación o perfeccionamiento, con respecto al personal sanitario que presta sus servicios en núcleos urbanos, derivado de la lejanía de sus puestos de trabajo del lugar de celebración de dichos cursos.

h) La soledad en la que, en muchas ocasiones, prestan sus servicios el personal sanitario y administrativo en el medio rural, puede provocar una mayor sensación de inseguridad y, llegado el caso, de indefensión ante posibles agresiones provenientes de usuarios del sistema sanitario.

i) En muchos casos, el hecho de que acuda cada vez personal médico o de enfermería diferente cada día de consulta hace muy difícil seguir la cadena asistencial de cada paciente.

3. Relacionadas con las infraestructuras y servicios disponibles.

a) A lo largo de los últimos años se ha dado un espectacular avance de las tecnologías de la información y de la comunicación. Los avances que se han logrado en este ámbito suelen llegar con mayor retraso a los municipios pequeños, cuando llegan, siendo la realidad que muchos de los municipios españoles no tienen acceso a internet con una velocidad adecuada, lo que dificulta su utilización por parte del personal profesional sanitario. Como consecuencia de lo anterior, en ocasiones, el personal de los consultorios locales no puede acceder a los distintos programas informáticos de gestión

sanitaria. Por otro lado, el mayor desarrollo de las tecnologías durante la pandemia de la Covid-19 ha alejado del acceso a la medicina en el medio rural a las poblaciones más pobres o de mayor edad, que no cuentan con equipamiento, recursos o conocimientos para relacionarse electrónicamente con los centros de salud.

b) La limitación de los recursos económicos para la financiación de los servicios de salud y de las infraestructuras existentes. Este problema tiene particular incidencia en los centros de salud, dado que su titularidad es municipal, con carácter general, lo que implica que su modernización o adecuación depende, en muchos casos, de las disponibilidades presupuestarias de los municipios. Se ha detectado que, en ocasiones, los consultorios locales no disponen del material sanitario médico necesario, lo que habría obligado a que los propios ayuntamientos hayan tenido que asumir el coste de electrocardiógrafos, desfibriladores y bombonas de oxígeno.

c) Existen zonas de salud de una extensión superficial tan elevada que se producen grandes distancias entre el centro de salud y los núcleos de población. Ello complica la atención de la población por el personal sanitario y el acceso de la población al centro de salud que les corresponde.

En algunos casos, la dificultad de la Administración sanitaria para atender toda una zona, provoca dejar de atender los consultorios de los pueblos más pequeños, planteándose la centralización de las consultas en los municipios cabecera sin tener en cuenta las largas distancias desde otros municipios.

d) A la hora de implantar sobre el territorio una medida que reduzca los problemas a los que se enfrenta la atención primaria de salud en el mundo rural, esta ya se encuentra fuertemente condicionada por los centros sanitarios actualmente existentes, lo que limita las posibilidades de implantar medidas de gran calado.

e) Las oficinas de farmacia ubicadas en el medio rural, particularmente en pequeñas poblaciones, desarrollan una labor que va más allá de la mera adquisición, conservación y puesta a disposición al público de los medicamentos, siendo sus titulares las personas profesionales sanitarias con mayor presencia en estas poblaciones, y su establecimiento, el servicio público de referencia para las cuestiones más diversas. Sin embargo, muchas de estas oficinas de farmacia ubicadas en el medio rural se encuentran en una situación de viabilidad económica comprometida.

La desaparición de oficinas de farmacia en el medio rural se vive como un auténtico drama por parte del pueblo o pueblos afectados. No solo es que desaparezca la farmacia, sino que el hecho obliga a los habitantes a desplazarse a otras localidades, en muchos casos muy lejanas y con personas cada vez más envejecidas que ya no disponen de vehículos para ello, y provoca que muchas personas acudan al hospital en lugar de los centros de salud para “aprovechar el viaje” y comprar los medicamentos prescritos en la capital, con la consiguiente desorganización de los servicios.

f) Las distancias existentes entre determinados municipios del medio rural con respecto a los centros sanitarios que prestan atención especializada, el estado en que se encuentran algunas vías de comunicación, la falta de una planificación adecuada por parte de la administración sanitaria, determinan que, en ocasiones, el servicio de transporte sanitario a las personas pacientes residentes en el medio rural se preste en condiciones poco óptimas (largos viajes como consecuencia de tener que pasar por muchos municipios, ausencia de personal sanitario en los vehículos de transporte, etcétera).

g) La dependencia de los consultorios locales pequeños de otro centro de salud de referencia de mayor tamaño provoca que:

- La jefatura de unidad de atención primaria suele pertenecer al centro de salud de referencia, por lo que no está presencialmente en el consultorio local.

- Hay servicios que no se pueden ofrecer todos los días en los consultorios: por ejemplo, extracción de sangre (una vez por semana en algunos), pediatra (en algunos consultorios la ausencia de personal de pediatría puede prolongarse durante meses o años), lo que causa que la población se tenga que desplazar hasta el centro de salud de referencia.

- Cuando las personas pacientes llaman al teléfono, les atienden desde el centro de salud de referencia, por lo que no están en contacto directo con el personal profesional del consultorio, lo que a veces origina malentendidos.

- El personal profesional del consultorio se tiene que desplazar en multitud de ocasiones al centro de referencia (por ejemplo, el personal de enfermería para entregar las analíticas que han extraído, o una vez por semana para acudir a las reuniones de equipo que se realizan en los centros de salud). Ello hace que el consultorio se quede sin esos profesionales durante su ausencia y que si llega una urgencia no pueda atenderse.

h) La atención sanitaria en el domicilio es una práctica que se realiza habitualmente a diario, lo que conlleva que el personal de medicina o de enfermería tenga que ausentarse del consultorio mientras este está abierto, dejando al centro sin personal sanitario.

V. RECOMENDACIONES.

Las Defensorías del Pueblo, conscientes del derecho de las personas que viven en el medio rural a disfrutar de unos servicios públicos básicos de calidad, conocedoras de los diversos problemas que se dan en la atención sanitaria pública en el medio rural, y reconociendo la profesionalidad y el compromiso del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural en el ejercicio de su tarea de proteger la salud de la población, como se ha puesto de manifiesto una vez más con ocasión de la crisis sanitaria padecida a causa de la Covid-19:

Primera. Recordamos que es un derecho de las personas que residen en el medio rural disponer de un sistema sanitario público fundado en los principios de equidad, calidad, proximidad y presencialidad, constituido por personal sanitario estable y dotado de medios suficientes; y que la atención sanitaria debe garantizar la atención médica primaria, la atención continuada, unos servicios de urgencias efectivos y suficientes en tiempos razonables y el acceso a la atención especializada de forma adecuada.

Segunda. Consideramos oportuno que las Administraciones sanitarias del Estado y de las Comunidades Autónomas establezcan mecanismos de colaboración y cooperación permanentes, a fin de atender la problemática específica que plantea la prestación sanitaria en el medio rural, asegurando la existencia de un modelo de atención sanitaria acorde a las necesidades de las personas que viven en dicho medio.

En ese marco de colaboración y cooperación, las Administraciones sanitarias podrían, si así se considera pertinente, impulsar y elaborar una estrategia común o conjunta sobre esta problemática, así como analizar y atender a las especificidades que concurren en los diferentes ámbitos territoriales.

Tercera. En el plano normativo, recomendamos que las Administraciones competentes implementen de manera efectiva, mediante el instrumento que estimen oportuno, las medidas ya contempladas en la legislación vigente dirigidas a dar una

respuesta adecuada a los problemas específicos detectados en la asistencia sanitaria en el medio rural, especialmente las concernientes al personal sanitario y asistencial.

Cuarta. Sugerimos que se realice una evaluación profunda sobre las necesidades actuales de las personas que viven en las zonas rurales en relación con la atención sanitaria y de las ineficiencias que puedan existir en el modelo actual de atención urgente y continuada, para la posterior adopción de medidas que, en su caso, den respuesta adecuada a las necesidades detectadas.

Quinta. Recomendamos que, en conexión con dicha evaluación de necesidades, se adopten las medidas que correspondan para dotar al sistema sanitario público del medio rural de los recursos económicos precisos, con el objetivo de prestar una asistencia sanitaria acorde con los principios de equidad y de calidad proclamados por el ordenamiento jurídico vigente.

Sexta. Consideramos que, tras la experiencia que padece el sistema sanitario público español a causa de la pandemia generada por la Covid-19, se hace más necesario todavía reforzar los recursos humanos y los medios de la atención sanitaria primaria, con mayor razón en el medio rural, de tal modo que toda la población pueda ejercer el derecho de acceso a dicha atención en condiciones de igualdad, recuperándose las consultas presenciales en los centros de salud, tras primar el contacto telefónico impuesto por la pandemia de la Covid-19. La falta de presencialidad castiga especialmente a la población en situación de vulnerabilidad.

Séptima. Apoyamos que se establezcan incentivos administrativos, económicos o profesionales para el personal sanitario y asistencial que faciliten la cobertura de plazas de difícil acceso o fomenten la permanencia en las mismas, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural.

Octava. Vemos fundamental fomentar la necesaria colaboración y coordinación entre los servicios públicos sociales y sanitarios, así como abordar de modo multidisciplinar asuntos y problemas de interés común, tanto para el diferente personal profesional que atiende a la población del medio rural, como para las propias personas usuarias del sistema.

Se hace preciso definir un modelo de intervención basada en una planificación integral que implique a la red comunitaria, de salud y de servicios sociales, y que tenga

como ejes promover el envejecimiento activo y favorecer la implantación y el desarrollo de nuevos servicios de proximidad para las personas en situación de fragilidad o dependencia y sus personas cuidadoras.

En especial, en el desarrollo de las iniciativas para fomentar la asistencia integral de las personas dependientes en el marco sociosanitario debe prestarse particular atención a las singulares características del ámbito rural.

Novena. Pedimos que se intensifique la adopción de medidas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades y patologías, con la finalidad de involucrar al conjunto de las personas que viven en el medio rural en el mantenimiento de su salud.

Décima. Vemos necesario que, sin detrimento de la atención presencial, se implementen las medidas precisas para, cuando el o la paciente lo solicite y el personal sanitario y asistencial lo considere oportuno, utilizar la “*telemedicina*”, entendida esta como el conjunto de técnicas y recursos telemáticos o electrónicos que permiten una comunicación interactiva, en tiempo real y a distancia, realizada con el fin de mejorar la atención sanitaria.

Ha de reforzarse la tecnología de las comunicaciones necesaria para una mejor prestación sanitaria por parte del profesional sanitario a las personas que habitan en el medio rural, especialmente en el caso de los consultorios locales.

Undécima. Recomendamos que se elaboren planes específicos de formación del personal sanitario y asistencial que presta servicios en el medio rural, a fin de asegurar una atención sanitaria pública adecuada a las circunstancias de dicho medio y a las necesidades de las personas que en él viven. Asimismo, consideramos que debe impulsarse la realización de cursos de formación a distancia mediante la utilización de medios telemáticos, o contemplando el traslado del personal formador al medio rural.

Duodécima. Recomendamos que se implementen medidas tendentes a asegurar tanto la atención sanitaria adecuada en caso de urgencias y emergencias, como la atención especializada, particularmente en relación con aquellos servicios que, dadas las circunstancias específicas del medio rural, son más relevantes: la pediatría, la geriatría y dependencia, la fisioterapia y la salud mental.

Decimotercera. Consideramos que el servicio de transporte sanitario de pacientes desde su población a los centros hospitalarios donde se presta la atención especializada

debe tener en cuenta las necesidades personales de los pacientes y la situación que padecen por razón de su patología. El traslado debe priorizar, en todo caso, el servicio adecuado a las personas pacientes y el respeto a su dignidad, sobre los criterios organizativos o de eficiencia en la asignación de recursos que puedan condicionar dicho servicio.

Asimismo, estimamos que debe asegurarse que el servicio de transporte de los pacientes en los casos de urgencias y emergencias se presta en un tiempo razonable.

Decimocuarta. Hacemos hincapié en que se debe asegurar, a través de más medidas positivas de ordenación y fomento, el servicio de atención farmacéutica en el medio rural. Como servicio de interés público, debe prevalecer la garantía de su prestación continua, su calidad y proximidad por encima de los factores puramente económicos. En todo caso, debe evitarse que en varios kilómetros de distancia no haya puntos de suministro de medicamentos.

Decimoquinta. Recomendamos que se adopten medidas a fin de garantizar la seguridad y la integridad del personal sanitario y administrativo de los centros sanitarios del medio rural ante posibles agresiones por parte de las personas usuarias, teniendo en cuenta la soledad y las diversas dificultades a las que se enfrenta este personal en su labor.

DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

- Declaración de Alma-Mata de la Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

- Recomendaciones mundiales de política de la Organización Mundial de la Salud relativas a “Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención”.

- Resoluciones y decisiones de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud celebrada en el *Palais des Nations*, Ginebra, del 23 al 28 de mayo de 2016.

- Consultorios de extensión de especialistas en el ámbito de atención primaria y hospitales rurales. Biblioteca Cochrane. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS.

- Intervenciones para aumentar la proporción de profesionales sanitarios que practican en zonas rurales y subatendidas. Biblioteca Cochrane. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S.

- Informe 01/2018 sobre el medio rural y su vertebración social y territorial del Consejo Económico y Social de España.

- Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria, publicado mediante la Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo.

- *El medio rural: Una visión mirando al futuro*. Rafael Alonso Roca (coordinador). Carme Bertral López. Luis García Burriel. Angélica Fajardo Alcántara. Pilar Martín-Carrillo Domínguez. Sabino Ornia Rodríguez. Miquel Reguant Fosas. Pablo Vela Condón.

- Propuestas de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia para la mejora de la atención primaria tras el inicio de la pandemia Covid-19 (octubre de 2021).

- Estrategia de atención primaria y comunitaria de Navarra 2019-2022.