

COLECTIVOS SOCIALES DE PUEBLOS Y COMARCAS

POR UN MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD EN EL MUNDO RURAL



Mesa de Sanidad España Vacía Castilla y León
Trabajo de colectivos sociales



Carta abierta en defensa de la Sanidad rural

Un grupo de personas y colectivos sociales que trabajamos a favor de la transformación social en diferentes pueblos y comarcas de Castilla y León, que formamos parte de redes y organizaciones tales como Colectivos de Acción Solidaria o la Plataforma de la España Vacuada entre otras, lanzamos a la opinión pública **una reflexión sobre la necesidad de un cambio de modelo en la Sanidad pública en nuestro Mundo Rural**, que viene exigido por el deber de garantizar el acceso al derecho básico a la salud en iguales condiciones a las personas que vivimos en los territorios rurales.

La realidad de la pandemia ha evidenciado las **carencias y limitaciones del sistema sanitario**, agudizadas aún más en el Mundo Rural por la escasez de profesionales y la falta de planificación, donde no se ha restablecido aún el servicio de atención primaria en los pueblos y corre el riesgo de un progresivo desmantelamiento.

Proponemos, frente a un modelo asistencial, un **modelo sociosanitario** que integre en la planificación de los programas de salud pública a los profesionales sanitarios junto a los profesionales de los servicios sociales, a las entidades locales, a la población y las estructuras sociocomunitarias existentes en cada territorio. Esta alternativa que planteamos nos parece realista y viable, asentada en la experiencia de vivir en los pueblos, de conocer el territorio y de trabajar en la vertebración de espacios e iniciativas comunitarias.

Queremos que esta propuesta forme parte de **un proceso abierto y horizontal**, al que se puedan ir sumando adhesiones de otros muchos colectivos y organizaciones en otros territorios. Pretendemos que sea un **documento en construcción**; que, aunque contiene las líneas esenciales de la alternativa que defendemos para la sanidad pública en el Mundo Rural, se vaya enriqueciendo con aportaciones y matices de los diferentes grupos. Queremos hacer llegar nuestra reflexión y propuestas a los órganos de decisión de la Junta de Castilla y León (Consejería de Sanidad, Consejería de Familia y otras posibles Consejerías) a los que proponemos **entablar un diálogo y abrir un proceso de negociación** con los movimientos sociales presentes en los territorios rurales.

Finalmente pretendemos que personas y colectivos diversos de nuestros pueblos se vayan uniendo de manera activa a estos planteamientos para que la comunidad rural sea la protagonista en las propuestas que den respuesta a este derecho fundamental de la población rural.



COLECTIVOS SOCIALES DE PUEBLOS Y COMARCAS

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 propiciadas 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 muy diferentes al proyecto en marcha de la Junta de Castilla y León. 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 sociosanitario 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 sociosanitario 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 sociosanitarios (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 sociosanitario 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 que 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 a donde 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 estasea 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 e interdisciplinar** 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 de personal de Fisioterapia, Psicología, Pediatría, Geriatría, Enfermería especializada en cuidados geriátricos, Psiquiatría, Trabajo Social, Animación Sociocultural, 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»

LOS CUATRO PILARES DEL MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD EN EL MUNDO RURAL

PROPUESTAS PARA DESARROLLAR EL MODELO SOCIOSANITARIO Y MEDIDAS CONCRETAS

Un documento que desarrolla y concreta el modelo sociosanitario para el Mundo Rural

En 2020, ante la situación de precariedad detectada en la Atención Primaria en las zonas rurales y la crisis sanitaria en el sistema público, agudizada aún más por efecto de la pandemia, un grupo de colectivos de pueblos y comarcas de Castilla y León preocupados por la defensa de una sanidad pública digna y de calidad en el Mundo Rural elaboramos un documento en el que definíamos las líneas directrices de nuestra propuesta: **Colectivos sociales de pueblos y comarcas por un modelo sociosanitario de salud en el Mundo Rural**. Este documento recibió numerosos apoyos y adhesiones de ayuntamientos, asociaciones y organizaciones ciudadanas. Asimismo, sirvió de base para las reivindicaciones de la Coordinadora de la España Vaciada en la movilización del 3 de octubre e inspiró el texto de la «Declaración institucional por una sanidad pública digna en el Mundo Rural», aprobada por el Senado el 14 de octubre de 2020. El documento se presentó a la Consejería de Sanidad de Castilla y León en una reunión celebrada de forma telemática el 15 de diciembre, abriéndose así un cauce de diálogo institucional con el movimiento social en el que pretendemos avanzar.

El documento que aquí presentamos es un desarrollo necesario del modelo sociosanitario que defendemos, en línea con el Modelo de Desarrollo de la España Vaciada. A continuación, se detallan una serie de propuestas y medidas concretas como respuesta a las necesidades y problemas detectados en el ámbito de cada uno de los cuatro pilares en que se asienta nuestro modelo de salud para el Mundo Rural. Se trata igualmente de un documento abierto, que iremos enriqueciendo con las ideas, aportaciones, matices y concreciones que surjan de la reflexión y debate dentro del movimiento social.

Un modelo que viene avalado por el marco legal de la Junta de Castilla y León.

El modelo sociosanitario que defendemos, como respuesta a las necesidades y cuidados en el Mundo Rural, viene avalado por los planteamientos que las Consejerías de Sanidad, de Familia e Igualdad de Oportunidades o la Gerencia de Servicios Sociales tienen plasmados en Protocolos y Decretos como los que señalamos a continuación:

✓ La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, pretende garantizar el derecho a la protección integral, promoviendo la eficiencia y coordinación de todos los recursos.

✓ La Ley 10/2010, de 27 de septiembre, de Salud Pública y Seguridad Alimentaria de Castilla y León establece, en su artículo 2, como principios generales, entre otros, la protección, promoción y prevención, como fundamento de la salud pública; la coordinación entre las administraciones públicas; y la colaboración entre estas, las entidades y los ciudadanos.

✓ El Protocolo en materia de coordinación sociosanitaria entre la Consejería de Sanidad, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, suscrito el 28 de octubre de 2011, cuyo objeto es la coordinación sociosanitaria en distintos ámbitos, entre los que se encuentra la prevención de la dependencia. Este protocolo promueve un Plan conjunto para prevenir la aparición y agravamiento de enfermedades que ocasionen déficits funcionales, mediante el desarrollo coordinado, entre servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y a personas con diversidad funcional.

✓ El Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León, estableciendo los requisitos específicos, las condiciones y el procedimiento administrativo para la obtención y renovación de la acreditación de estas unidades, o de los centros, en el caso en el que se organicen en su totalidad en unidades de convivencia.



PROPUESTAS PARA DESARROLLAR EL MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD EN EL MUNDO RURAL Y MEDIDAS CONCRETAS

- ✓ Elaborar un **Plan Conjunto entre Sanidad y Servicios Sociales** para Prevenir la Dependencia, tal como contempla el protocolo del 28 de octubre de 2011.
- ✓ Facilitar la **acreditación de estructuras** como las Unidades de Atención Social (Centros de Día), según el decreto 3/2016 de 4 de febrero.
- ✓ Facilitar, igualmente, la posibilidad de **fundamentar la relación necesaria entre Salud Pública y Seguridad Alimentaria**, tal como contempla la ley 10/2010 de 27 de septiembre, en su artículo 2.
- ✓ **Coordinar los recursos sociales y sanitarios** en los pueblos y pequeñas comarcas rurales para lograr una mayor eficiencia y trabajar más decididamente en la promoción de la salud comunitaria.

MODELO SOCIOSANITARIO DE SALUD PÚBLICA EN EL MUNDO RURAL

PROPUESTAS CONCRETAS DE ACTUACIÓN EN LOS CUATRO PILARES DE NUESTRO MODELO

1º PILAR: LAS PERSONAS EN PRIMER LUGAR Y EN EL CENTRO DE TODO

Consideramos que el nuevo modelo sociosanitario ha de partir de la base de que las personas que conforman en Mundo Rural no son meras espectadoras, ni pacientes o usuarias pasivas, sino que constituyen un motor de acción para sus propias vidas y para el territorio en el que viven. Por ello proponemos un modelo que tenga en consideración una verdadera democracia participativa, haciendo protagonistas y partícipes a las personas de su propia actividad y de su día a día, y que focalice su atención en las personas más vulnerables.

Para ello, es necesario que desde todas las instituciones (Ayuntamientos, Junta, etc.) y de manera coordinada, se apoye social y económicamente el desarrollo de proyectos personales, familiares, municipales o de colectivos y asociaciones ciudadanas que se generen desde dentro del Mundo Rural, priorizándolos por encima de aquellos que pretendan implantar desde fuera las grandes empresas o las multinacionales. Han de ser proyectos que permitan desarrollar una vida digna en los pueblos, de tal modo que una persona, pareja o familia pueda permanecer o decidir comenzar su vida en el Mundo Rural, al tiempo que aumenta la autonomía de las personas y la soberanía sobre sus propias vidas y negocios.

Además del apoyo económico, las líneas de actuación social deberían aunar cuatro niveles:

► **Nivel Institucional |**

✓ **A.1.- Crear y reactivar la figura de “agente de desarrollo rural”.** Esta persona ayudaría a las entidades o colectivos rurales a buscar financiación para el desarrollo de proyectos concretos. Pero, lejos de ser un simple burócrata a la espera de que le lleguen ideas, sería una persona que recorriese los pueblos para conocer a las personas, contactando y conectando con ellas, para así descubrir las potencialidades de cada comarca. Un agente que fuese además proactivo y propusiese distintas actividades e incluso distintas fuentes de emprendimiento.

Esta persona no solo se encargaría de dinamizar proyectos en el ámbito social, sino también sanitario, como un “agente de desarrollo local sanitario”, que pudiera (en colaboración con el centro de salud correspondiente) programar sesiones formativas e informativas sobre distintos aspectos de la salud (salud mental, diabetes, polifarmacia, ejercicio, envejecimiento activo, ITS u otros temas a petición de las personas del pueblo, de actualidad o de alta incidencia en la comarca). Además, podría encargarse de dinamizar sesiones de primeros auxilios o formaciones para poder detectar posibles casos de atención médica.

✓ **A.2.- Facilitar que las personas mayores pasen en el pueblo todos sus días, sin tener que abandonarlo para ingresar en residencias,** sobre todo cuando tienen una autonomía física. Apostamos por un modelo de atención y cuidados en la propia casa y en el entorno (con el apoyo de asistentes personales y de otros servicios de proximidad). En otros casos de mayor dependencia, proponemos alternativas como viviendas tuteladas en cada pueblo, centros de noche o un teléfono de seguimiento (por ejemplo, si la persona no contesta cuando se le llama, las instituciones contactan con una persona específica del pueblo), entre otras. En cualquier caso, se debe fomentar el envejecimiento activo y promover la autonomía personal.

✓ **A.3.- Incluir la perspectiva rural de manera transversal** en todas las leyes, políticas, programas o acciones institucionales. Concienciar a los cargos públicos sobre la necesidad de evaluar de manera específica la viabilidad o adecuación de leyes o acciones en el Mundo Rural.

✓ **A.4.- Desarrollar una universidad de la experiencia hecha para y por las personas más mayores,** que permita un aprendizaje global de las áreas de actualidad, al tiempo que ofrece un ocio formativo más dirigido al colectivo adulto, con tertulias, cine-fóruns, etc. E incluso, con la posibilidad de realizar talleres de “cultura rural” intergeneracionales, para transmitir el saber de las personas mayores a la juventud ya las niñas y niños.

✓ **A.5.- Garantizar el acceso a la atención sanitaria, sin citas previas, ni consultas telemáticas,** ni la necesidad de desplazarse a las capitales de provincia para acceder a las especialidades médicas y hacerse análisis en las dichas capitales cuando no sea estrictamente necesario.

✓ **A.6.-Fomentar la salud mental de la población rural**, ante la situación tan extraordinaria que estamos viviendo. En ese sentido, se requiere de una educación sobre salud mental y plantear el problema de los trastornos mentales. Facilitar ir al psicólogo o al psiquiatra, ya que es una necesidad tan básica como el hecho de tener el derecho de ir al médico ante la rotura de una pierna. La enfermedad mental es uno de los temas tabúes de nuestra sociedad y existe un gran desconocimiento acerca de este ámbito.

✓ **A.7.-** Este modelo sociosanitario también debería **dar respuesta a las necesidades de otros colectivos que se encuentran en el Mundo Rural**, como pueden ser actividades extraescolares y de tiempo libre para niños y niñas; espacios deportivos, culturales y de ocio educativo que posibiliten alternativas saludables a la juventud en su tiempo libre.

▶ **Nivel Cooperativo |**

✓ **B.1.- Incentivar o facilitar el desarrollo de cooperativas que ofrezcan servicios integrales a la población** (por ejemplo, lavandería y limpieza doméstica; servicios de acompañamiento a personas al hospital, que incluyera desplazamiento en vehículo adaptado y acompañamiento en la consulta, etc.).

▶ **Nivel Asociativo |**

✓ **C.1.- Reforzar** social o incluso económicamente (desde instituciones/Ayuntamientos) las estructuras asociativas (por ejemplo, plataformas, asociaciones, equipos deportivos, etc.).

✓ **C.2.- Reforzar el liderazgo rural:** incentivar los referentes rurales. Estos pueden ser personas o proyectos en los que inspirarse; personas o asociaciones con capacidad de movilizar a sus vecinos/as para reivindicar sus derechos, para elaborar acciones culturales, etc.

✓ **C.3.- Talleres de técnicas de trabajo en grupo** para incentivar el trabajo comunitario (puede ser incluso de trabajo espontáneo, como limpiar una fuente). Incluye estrategias para quien lleva el grupo (o quien propone la acción), tener algo preparado, pero no llevar los temas demasiado cerrados, etc.

▶ **Nivel Personal |**

✓ **D.1.- Educar en los colegios sobre los valores comunitarios, arraigados en la tradición rural**, que se están perdiendo, como el apoyo vecinal espontáneo, el interés por el estado del vecindario, etc. Esto podría ser impartido no solo por “agentes de desarrollo rural” institucionales, sino también por el profesorado,

tutores o incluso por asociaciones o instituciones que ofrecieran talleres de cultura rural en colegios o pueblos.

✓ **D.2. Promoción del voluntariado en el Mundo Rural**, a través de la figura del mediador/a de la persona mayor o de otras maneras posibles. En el caso de las personas mayores, se trataría de paliar la soledad y ofrecer compañía. Igualmente procurar acompañamiento en ciertas tareas y gestiones en las que les cuesta desenvolverse y, específicamente, acompañamiento médico (por ejemplo, hay personas que no saben pedir cita, moverse por hospitales o que no entienden bien lo que el médico les dice).

2º PILAR: LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Las propuestas que planteamos en este ámbito de los profesionales de la salud las agrupamos en las siguientes líneas o ejes de actuación:

► **Fortalecer el vínculo personal de los/as profesionales con las personas a su cargo** | La profesión sanitaria es una de las profesiones en las que más se manifiesta la importancia del trato personal. Por ello nos parece que para ejercer dicha profesión de una manera digna y para que la sanidad pública cumpla con su cometido sociosanitario es necesario que cada profesional sanitario tenga un número concreto de personas asignadas, de tal manera que todo el mundo pueda saber quién es su médico/a, enfermera/o, etc.

► **Consultas en cada pueblo, a las que se desplaza el personal sanitario** | Y teniendo en cuenta que el espíritu general de esta propuesta sociosanitaria es la priorización de las personas (especialmente de las más vulnerables), nos parece importante que el esfuerzo de movilidad venga por parte del servidor público; por ello reclamamos que sea el/la profesional sanitario/a quien se desplace hacia los distintos consultorios que tenga asignados.

Creemos, así mismo, que dicho profesional debe ser proactivo, citando a consulta sin esperar a que sea el/la paciente quien la solicite. Es, además, importante que se programen consultas en función de la patología del paciente, al igual que hacen, o hacían, desde las especialidades con las enfermedades crónicas.

► **Hacer atractivo el ejercicio de la profesión sanitaria en zonas rurales.**

Los esfuerzos añadidos para desempeñar el trabajo en territorios rurales dispersos, sumados a la falta de prestigio que tiene el desarrollo de la carrera profesional en el Mundo Rural, puede hacer que el ejercicio de la profesión sanitaria en los pueblos sea considerado como un lugar de paso obligado en lugar de una opción laboral elegida. Para revertir este proceso y hacer atractivo el desarrollo de la profesión sanitaria en el Mundo Rural, creemos importante:

- ✓ Dignificar la profesión de los/as sanitarios/as rurales a través de contratos dignos y estables.
- ✓ Incorporar en las Universidades de Castilla y León una asignatura de medicina y enfermería rural, que dignifique y muestre la medicina rural como una opción interesante desde un enfoque humanista.
- ✓ Aumentar el número de plazas MIR en la especialidad de medicina familiar y comunitaria.
- ✓ Desarrollar dentro de la especialidad, tanto de medicina familiar y comunitaria como de enfermería familiar y comunitaria, un apartado específico de “familiar y comunitaria rural”.
- ✓ Incrementar el número de plazas de profesionales sanitarios rurales en todos los campos (medicina, enfermería, etc.).
- ✓ Organizar congresos específicos sobre sanidad rural.
- ✓ Facilitar a los y las profesionales rurales la investigación y el proceso de formación permanente en el ejercicio de su profesión.
- ✓ Ofrecer la posibilidad de trabajo en equipos multidisciplinares e interdisciplinares y de investigación médica.
- ✓ Premiar al personal sanitario que se mantenga durante más de cuatro años en una plaza de ámbito rural con algún tipo de incentivo: consolidación de plaza, puntuación, complemento de destino o algún otro reconocimiento especial.
- ✓ Crear mecanismos a través de los cuales los/as profesionales puedan tener la opción de elegir la zona básica de salud en la que trabajar.

► **Reestructurar los Centros de salud, dotándolos de equipos profesionales y medios suficientes** | Una sanidad digna para los pueblos requiere optimizar los recursos y ello implica una buena organización de la atención sociosanitaria. En este sentido, proponemos:

✓ Establecer el número adecuado de profesionales sanitarios en el Centro de salud teniendo en cuenta no solo el número de cartillas sanitarias, sino otros parámetros tales como las características de la población y la dispersión geográfica.

Además, el número de profesionales asignados al Centro de salud debe ser suficiente como para poder cubrir las bajas y los periodos vacacionales, al igual que se hace con las urgencias, con personal fijo, pudiendo ser estos mismos profesionales quienes se ocupen de la prevención y promoción de la salud en los tiempos de menor sobrecarga. Por otra parte, el número de profesionales no debería ser cerrado, de tal forma que, dado el alto número de personas que residen de forma esporádica en los pueblos, se habilitasen plazas para desplazados/as cuando fuera necesario.

✓ Complementar al personal sanitario habitual de cada zona básica de salud, descentralizando determinadas especialidades (pediatría, salud mental, geriatría, fisioterapia, etc.) y estableciendo un cuadrante con días concretos de consultas. Asimismo, se debería dotar a dichos centros del número necesario de trabajadores/as sociales para un buen desempeño de sus funciones, entre las que se incluiría una mayor coordinación con el resto de servicios sociales.

✓ Elaborar un calendario de campañas anuales de medicina preventiva en cada Zona Básica de Salud.

✓ Garantizar la asistencia sanitaria urgente en una isócrona de 30 minutos con ambulancias de SVA (Soporte Vital Avanzado) o helicóptero medicalizado.

✓ UVI móvil dotada con los medios técnicos y profesionales necesarios, al menos una por cada Centro de salud y con servicio 24 h.

✓ Poner a disposición de los/as profesionales vehículos públicos, al igual que se hace con otros/as profesionales (por ejemplo, el personal de los CEAS).

✓ Dotar a los centros de salud y consultorios rurales de los equipos y medios técnicos imprescindibles: Internet con banda suficiente, equipos informáticos, teléfonos móviles, equipos médicos básicos y de emergencias, etc.

✓ Acercar el servicio de farmacia a personas que tienen dificultad de acceso en las localidades donde no existe.

► **Promover la participación ciudadana y revitalizar los consejos de salud |**

✓ Crear equipos comarcales de salud compuestos por personal sanitario y por personas voluntarias (al menos una por localidad) que pudieran servir para detectar las necesidades sociosanitarias de su entorno, hacer de mediadoras para transmitir el sentir de las personas, colaborar con las farmacias en el acercamiento de las recetas, etc.

✓ Habilitar espacios de participación ciudadana para recoger sugerencias sociosanitarias a través de distintos cauces (como un buzón que podría gestionar la persona voluntaria de la localidad) o a través de mecanismos como consultas vía encuestas o preguntas directas en los lugares comunes de reunión del pueblo.

✓ Revitalizar los Consejos de Salud con reuniones regulares y dotándolos de competencias y capacidad de decisión.

3º PILAR: LAS ESTRUCTURAS SOCIOCOMUNITARIAS PARA UNA SOCIEDAD DE LOS CUIDADOS

Necesidades sociocomunitarias más importantes en los pequeños pueblos rurales

Estas necesidades se hacen evidentes cuando ponemos a las personas y sus cuidados como centro del sistema social y sanitario. Concretando algunas de ellas:

► **Necesidades de emergencia |**

✓ **Aquellas que se derivan de circunstancias como las actuales** de la pandemia o de cambio profundo en el Mundo Rural y que se manifiestan en toda su crudeza en momentos de crisis. Afectan a familias, hombres o mujeres, personas jóvenes, niños y niñas que sufren las consecuencias de la crisis y se ven empujadas a la precariedad absoluta, con problemas de alimentación, de acceso a la vivienda, a la salud, al empleo, etc.

► **Necesidades permanentes |**

✓ **En colectivos en situación de vulnerabilidad:** Aparecen, sobre todo, en el colectivo de personas mayores, de personas enfermas o personas con diversidad funcional y son debidas a la despoblación, pérdida de servicios, el envejecimiento o el cambio de estructura social en el tejido social de las pequeñas comunidades

rurales. De estas situaciones se derivan problemáticas complejas y dolorosas como la soledad, la dificultad en la movilidad, el acceso a servicios de alimentación, de farmacia, médico u otros.

✓ **Hacia una “sociedad de los cuidados”:** asegurar los cuidados de las personas más vulnerables. Es una urgencia que los derechos y los cuidados necesarios de cualquier persona, como pueden ser el acceso a una alimentación sana, a una vivienda digna y accesible o a la salud, estén cubiertos; y que estas personas, sobre todo mayores o con diversidad funcional, no se vean obligadas a abandonar su propio entorno. Hay que crear estructuras y servicios que favorezcan la permanencia en el territorio con calidad de vida y cubran esta urgencia de atención y cuidados de las personas más vulnerables.

▶ **Concretando las necesidades más acuciantes |**

✓ **Reconstruir las redes alimentarias, que en otro modelo rural sí fueron posibles, para poder acceder a una alimentación y comida sana.** Es fundamental asegurar el acceso universal a los alimentos, en clave de soberanía alimentaria. Hay que favorecer el uso de las tierras, en muchos casos abandonadas, con otro modelo de producción sostenible, natural y respetuoso con el ciclo de la tierra, para procurar alimentos sanos y de calidad.

Hay, también, que establecer otros canales de distribución, generando nuevas redes comunitarias de distribución de los alimentos, impulsando las relaciones de apoyo y confianza entre personas productoras y consumidoras revitalizando los mercados locales, etc. La producción y distribución de alimentos, desde este planteamiento sociocomunitario, ayudará a fortalecer iniciativas de economía social y solidaria y a impulsar el emprendimiento social.

✓ **La dificultad de acceder dignamente a otros servicios también fundamentales e imprescindibles,** como farmacia, atención sanitaria, nuevas tecnologías y otros del ámbito cultural y social debe, considerando siempre las dificultades en el desplazamiento y la movilidad.

✓ **Las situaciones de soledad, de miedo, ansiedad** u otros trastornos en la salud mental, como consecuencia de los cambios profundos actuales, que son de hondo calado, y con la incertidumbre ante un horizonte de medio y largo plazo difícil de afrontar.

✓ **La insuficiencia de redes comunitarias de apoyo personal y comunitario,** que favorezcan el apoyo mutuo, que hagan que las personas se sientan integradas en su entorno social y respaldado por la comunidad de la que forman parte, que

fortalezcan la cohesión social y el sentimiento de pertenencia a un territorio.

✓ **La necesidad de dar respuesta a las personas que, habiendo construido la totalidad de su vida en los pueblos, se resisten a abandonar su pueblo, su casa y su entorno en sus últimos años de vida**, para lo cual necesitan los apoyos y cuidados que les ayuden a cumplir su deseo de permanecer en su casa y en su pueblo con dignidad.

✓ **La situación de personas y familias en situación de precariedad** y con dificultades económicas, que requieren respuestas urgentes y específicas, procurando no generar una permanente dependencia.

✓ **La dificultad para poder acceder a las nuevas tecnologías** e internet, herramientas hoy imprescindibles para la comunicación, la información, el acceso a la formación o al empleo, los trámites administrativos y gestiones de todo tipo, lo cual empuja a la exclusión más profunda a muchas personas que habitan en el Mundo Rural.

✓ **Visibilizar las situaciones de desigualdad en las que se encuentran las mujeres en relación con los hombres**, de manera que se provoque la necesaria reflexión conjunta sobre el futuro del Mundo Rural y el papel fundamental que las mujeres tienen y deben tener.

Se hace necesario **incorporar la perspectiva de género de manera transversal** en todas nuestras actuaciones, reconociendo y valorando el trabajo en el ámbito de los cuidados; promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia; sensibilizando a la población sobre el conjunto de trabajos y actividades que realizan las mujeres rurales, fundamentales para la sostenibilidad de la vida, en concreto en el entorno rural; impulsando la formación en TICs para asegurar la participación plena y efectiva de las mujeres y la igualdad de oportunidades; contribuyendo, en definitiva, al empoderamiento de las mujeres en nuestro Mundo Rural.

Propuestas para favorecer los cuidados y la creación de estructuras sociocomunitarias como respuesta a estas necesidades

Para apostar por una “sociedad de los cuidados” y por un concepto de salud comunitaria, tal como planteamos en este modelo sociosanitario de salud, se hacen imprescindibles estructuras comunitarias que aseguren dichos cuidados.

Las consejerías, la Gerencia de Servicios Sociales, los ayuntamientos, las entidades y colectivos locales son quienes deben hacer posible y sostener las diferentes estructuras comunitarias que conlleva este nuevo concepto de cuidados que busca no solo la atención a la enfermedad sino el bienestar integral de las personas.

► Concretando algunas propuestas |

✓ Mantenimiento de **Puntos de información permanente a la población**, como los que ya estamos ofreciendo distintos colectivos que tenemos presencia en el territorio.

✓ Promover **jornadas de formación, espacios de encuentro y reflexión, foros de debate** donde alimentar la conciencia crítica y fortalecer el compromiso social y comunitario, **canalizar acciones reivindicativas** en defensa de los derechos sociales y a favor de un Mundo Rural vivo.

✓ Puesta en marcha de **experiencias piloto y desarrollo de iniciativas de acompañamiento y atención personalizada en la propia casa** a personas mayores o con diversidad funcional, a través de la figura del/ de la asistente personal.

✓ **Servicios de proximidad y cercanía** como comida a domicilio, lavandería, limpieza del hogar, acompañamiento al centro de salud y consultas médicas, farmacia, etc.

✓ Puesta en marcha de **“redes de producción y alimentación solidaria”** para o con personas y familias en situación de precariedad y emergencia. Se trata de iniciativas apoyadas por colectivos o entidades públicas o privadas, que ya están llevándose a cabo en otros lugares, como son el aprovechamiento de los excedentes y sobrantes que tenemos en el territorio de nuestras producciones, o la creación de bancos de alimentos solidarios con nuestras producciones, procurando siempre actuar al margen de la cadena de la agroindustria y del negocio.

Podrán ir surgiendo otras iniciativas novedosas de fuerte contenido social, como, por ejemplo, promover el compromiso de producir en mi huerto para

colaborar solidariamente con las posibles necesidades de emergencia.

✓ Poner en marcha **Centros de día rurales, registrados como Unidades de Atención Social**, que presten servicios sociocomunitarios (servicios de terapia ocupacional, envejecimiento activo, estimulación cognitiva, promoción de la autonomía personal, fisioterapia, etc.) a varios pueblos agrupados en pequeñas zonas (con no más de 800 a 1000 habitantes por zona). Para la puesta en marcha de estas Unidades ya existe una normativa específica en la Gerencia de Servicios Sociales.

✓ Estudiar la posibilidad de creación de **Centros de noche** en nuestros pueblos y definir un modelo de funcionamiento posible en zonas rurales. Iniciar un proceso de diálogo con las instituciones para llegar a formular una alternativa viable.

✓ Constituirse en **entidades prestadoras y de gestión de servicios**, con el objetivo de formar profesionalmente a personas del Mundo Rural que los puedan desarrollar y llevar a cabo, así como el de asegurar la implantación de estos servicios con unos criterios sociales y no de rentabilidad económica, avanzando en el compromiso con un modelo de “sociedad de los cuidados” y un concepto de “salud comunitaria” a través de la creación de estructuras comunitarias sociosanitarias.

✓ Crear **“redes de apoyo social”** o **“grupos de cuidados y cercanía”** con posible voluntariado procedente de los pueblos, de las zonas o de otros lugares, que puedan desarrollar actividades programadas y organizadas para romper la soledad (por ejemplo, leer en común algún libro o ver una película que provoque el diálogo vecinal y comunitario). A la vez que se acompaña a personas que sienten el peso de la soledad, se pueden ir detectando otras necesidades o situaciones que afrontar desde el municipio, las instituciones o desde los propios colectivos sociales.

4º PILAR: EL TERRITORIO, EN CLAVE DE SALUD COMUNITARIA

De un modelo de consumo individual a una visión del bienestar comunitario

Introducir el pilar del territorio en nuestra propuesta sociosanitaria parte de la convicción de que para mejorar la salud mental y el bienestar comunitario es necesario incidir en la reducción del consumo excesivo. Esto implica la transformación del actual modelo de consumo que tenemos asumido en nuestra sociedad y que está propiciado por el sistema económico imperante. Es, además, un modelo basado en el individualismo y que ejerce una presión excesiva sobre el medio natural, disparando la huella ecológica.

Este modelo, que se está imponiendo también en nuestros pueblos, va en contra de nuestra propia cultura que siempre se basó en la centralidad de lo comunitario. Por eso nuestro modelo sociosanitario quiere recuperar ese espíritu comunitario que ponga el acento en el compartir y en el ser frente al tener, creando grupos que compartan bienes y servicios, redes de producción que compartan maquinaria e instalaciones, comunidades autogestionadas, iniciativas de economía social y solidaria, etc.

En este sentido, nuestra propuesta parte de una serie de problemáticas detectadas para ofrecer propuestas transformadoras.

► **La dificultad en el acceso a la alimentación y a una comida sana y nutritiva** | De aquí surge la necesidad de una **reconstrucción de las redes alimentarias**, posibilitando a la población el acceso a alimentos sanos y nutritivos producidos en cercanía en el entorno rural. Transformar la alimentación no es solo modificar lo que comemos, sino que implica transformar la ordenación del territorio, la organización de las tierras, las alianzas con el medio urbano, las redes de distribución, las relaciones de confianza entre quienes producen los alimentos y quienes consumen, etc. Es necesario promover la soberanía alimentaria, asegurando el acceso universal a los alimentos con una producción agrícola sostenible. La alimentación es un derecho básico que hay que garantizar.

La producción y distribución de alimentos sanos y naturales deberá hacerse a través de iniciativas basadas en los principios de la economía social y solidaria que fomenten el autoempleo y el emprendimiento social, promuevan la inclusión de los grupos sociales más vulnerables, posibiliten el asentamiento de nuevos/as pobladores/as en el territorio y mejoren la vida de la población rural.

Para muchas personas procedentes del mundo de la exclusión social el contacto con la tierra se convertirá en una experiencia terapéutica y sanadora, que incidirá en la mejora de la salud personal y comunitaria.

► **Contaminación y empobrecimiento de los suelos y las aguas (ríos y acuíferos), como consecuencia de una agroindustria que utiliza fertilizantes, plaguicidas, herbicidas y otros productos químicos; por la presión de una ganadería intensiva que genera concentración de purines, excrementos y residuos; por la presencia de industrias o explotaciones mineras contaminantes, o por otras causas** | Las propuestas alternativas que vemos posibles y necesarias son las siguientes:

✓ La agroecología como modelo de agricultura sostenible, respetuosa con el entorno natural, mantenedora de suelos vivos y fértiles, productora de alimentos sanos y nutritivos, preservadora de la biodiversidad agrícola y hortícola, y respetuosa con los ríos y acuíferos.

✓ La ganadería en extensivo tradicional, que se realiza en equilibrio con los ecosistemas naturales y garantiza la obtención de carne, leche y otros productos seguros y de calidad.

✓ El mantenimiento de las razas autóctonas, plenamente adaptadas al territorio y adecuadas para un sistema de producción que respeta los ritmos naturales de crecimiento, menos productivas en cantidad, aunque muy valiosas desde el punto de vista de la calidad.

✓ Por otra parte, en paralelo a la reducción y supresión de los modelos intensivos, habría que realizar un exhaustivo control de vertidos industriales a los ríos y embalses y habilitar sistemas de depuración de aguas residuales sostenibles y con bajo coste de mantenimiento en las poblaciones pequeñas, por ejemplo, con sistemas de depuración naturales mediante filtros verdes.

✓ Todo ello debe ir acompañado por campañas de sensibilización y concienciación de la población sobre el uso y consumo responsable del agua, un recurso imprescindible para la vida.

► **Contaminación y empeoramiento de la calidad del aire, por las emisiones a la atmósfera de combustibles fósiles, industrias contaminantes, quemas de desechos y residuos, etc.** | En el ciclo contaminante del actual modelo económico también el aire se encuentra adulterado, por lo que se hacen imprescindibles una serie de normativas más exigentes de control de emisiones a la atmósfera por parte de industrias, vehículos, etc. Normativas que, asimismo, fomenten la sustitución de calefacciones de fueloil por sistemas de calefacción de leña o pellets que aprovechen los recursos renovables y los residuos forestales, reduciendo la contaminación provocada por los combustibles fósiles.

Dichas normativas deberían, a su vez, fomentar la construcción bioclimática y ecoeficiente para reducir el consumo energético y minimizar emisiones a la atmósfera.

► **La presión urbanística sobre los suelos de uso agrario: urbanizaciones fuera de los cascos urbanos con dificultad para la recogida y depuración de las aguas residuales, campos de golf y otras instalaciones insostenibles por el consumo de agua que requieren, etc.** | Frente a este tipo de presión urbanística, proponemos unos planes integrales de rehabilitación de viviendas en el casco urbano de nuestros pueblos, favoreciendo el trabajo local y la recuperación de oficios tradicionales en riesgo de desaparición. Estos planes deben incluir la eliminación de construcciones en estado de ruina, la limpieza de solares insalubres abandonados y de los espacios invadidos por zarzas y malezas con riesgo de incendios, que rompen la belleza del paisaje y amenazan la salud, para transformarlos en viviendas y construcciones que den acogida a nuevas personas pobladoras.

► **Generación de escombros, residuos y desechos de todo tipo (industriales, agrícolas, ganaderos, forestales, residuos domésticos).** | Un modelo basado en el usar y tirar es un modelo insostenible. Por ello hay que potenciar la economía circular a través de iniciativas sociales de reciclado, compostaje, transformación de residuos, etc., que favorezcan la inclusión de sectores desfavorecidos, personas en riesgo de exclusión o con dificultades de inserción laboral.

Las amenazas a las salud comunitaria.

Por último, queremos señalar que este modelo agroindustrial entraña tres amenazas sobre la salud comunitaria que se hacen especialmente evidentes en el Mundo Rural:

► **La amenaza de la instalación de macrogranjas industriales, alterando el modelo de la ganadería tradicional en equilibrio con el medio natural.** | Este es el momento de diseñar una legislación que prohíba las explotaciones ganaderas intensivas sobredimensionadas, que anteponen la rentabilidad a cualquier otra consideración, por su fuerte impacto ambiental, los malos olores y concentración de purines que generan, los riesgos epidemiológicos que pueden derivarse y los efectos perniciosos en el sostenimiento económico de las pequeñas explotaciones de la ganadería tradicional, entre otros motivos.

► **La amenaza de la minería extractiva a gran escala y el daño medioambiental que genera, con explotaciones a cielo abierto, destrucción del paisaje, generación de residuos tóxicos, fracking o fracturación hidráulica para extracción de gas o petróleo del subsuelo, etc.** | Ante esta amenaza vemos necesario establecer un debate y una reflexión en profundidad, con participación de las comunidades rurales, sobre el impacto de la actual minería, sus beneficios económicos a corto plazo y sus efectos ecológicos a medio y largo plazo. Debemos llegar a acuerdos sobre qué modelo de desarrollo queremos defender para el Mundo Rural, teniendo como base el Modelo de desarrollo de la España Vacía presentado por la Coordinadora de la España Vacía y diseñando de forma participada la alternativa de futuro que imaginamos para nuestros pueblos.

► **La amenaza de megaproyectos energéticos: plantas fotovoltaicas o parques eólicos de dimensiones colosales, plantas industriales de bioetanol, etc.** | Con el actual modelo de consumo energético se está dando una búsqueda frenética de alternativas energéticas que, aun con la etiqueta de ecológicas, suponen un continuismo con el estilo de vida depredador que venimos teniendo. Por ello rechazamos ese tipo de proyectos impulsados por el capital financiero y las poderosas empresas energéticas, que captan fondos públicos para impulsar negocios privados de dudoso interés colectivo.

La ocupación de inmensas extensiones de tierras por grandes placas solares y gigantescos aerogeneradores alteran el paisaje, deterioran la relación armónica y equilibrada del ser humano con la naturaleza, generan campos electromagnéticos que afectan a la salud ambiental, afectan al sosiego público (ruidos,

vibraciones...).

Por otra parte, los procesos y actuaciones de las compañías para conseguir licencias y autorizaciones quiebran muchas veces las relaciones de buena vecindad; provocan rencillas, tensiones y enfrentamientos en nuestros pueblos y comarcas, que afectan a la salud comunitaria.

La alternativa que proponemos es optar por proyectos energéticos de menor escala, más orientados a la autosuficiencia energética de las comunidades rurales, sujetos a un control por parte de las instituciones municipales y asociaciones del territorio.

Documento elaborado por los colectivos sociales:

Colectivos de Acción Solidaria (Ámbito nacional), Asociación en Defensa de la Sanidad pública de Aliste (Zamora), CODINSE (Segovia), Jóvenes de Castilla y León (Castilla y León), Asociación de Desarrollo del Campo de Salamanca y Ledesma (Salamanca), Sanidad Rural (Burgos), Asociación Escuelas Campesinas de Salamanca (Salamanca) y Coordinadora Rural Zamora (Zamora).

Miembros de la mesa de Sanidad de la España Vaciada de Castilla y León.