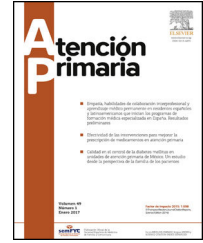




Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL SEMFYC

El relieve rural

Rural relief

Jamás un paisaje podrá ser idéntico a través de varios temperamentos de músicos, de pintor, de poeta. Cada paisaje se compone de una multitud de elementos esenciales, sin contar con los detalles más insignificantes, que, a veces, son los más significativos.

Juan Ramón Jiménez

Ávila, Zaragoza, Cuenca, Logroño, Ourense y Aracena... Entornos y paisajes diversos, como nuestra ruralidad, que han acogido la sede de las jornadas de Medicina Rural de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) desde 2016. Nuestra cercanía a los pacientes y nuestra integración en la comunidad han protagonizado nuestro lema para las VI Jornadas semFYC de Medicina Rural este año (2022), «¡Rurales, cerca de todos!», y nos han llevado a organizar por primera vez nuestras jornadas en un entorno plenamente rural, la sierra de Aracena en Huelva. Se fomenta así la defensa de los valores que promueve la Declaración de Ávila, la equidad y accesibilidad de nuestros pueblos y el respeto de su esencia y sus localismos como elementos esenciales que son significativos para nosotros y nuestros pacientes¹. Y con la propuesta de dar forma a la definición de ruralidad o la identificación del territorio como eje de desigualdad^{2,3}. En definitiva, delimitar lo urbano y lo rural y la huella del hombre en cada ámbito.

Visualicemos nuestro entorno e identifiquemos cómo en cualquier ciudad es fácil identificar un barrio viejo, gentrificado y turistificado junto a barrios periféricos de población trabajadora, y barrios residenciales de clase alta, con una distribución de recursos e infraestructuras que no siempre cumplen criterios de equidad y justicia. Frente a esta uniformidad urbana tenemos una ruralidad diversa y variable, en parte debido a las dificultades de definir y categorizar lo que denominamos rural. Tradicionalmente se ha intentado definir lo rural con criterios únicamente poblacionales (INE 2011, rural: poblaciones menores de 10.000 hab.) o de densidad poblacional (OCDE 2011, rural: territorios con menos de 150 hab./km²). El problema de estas clasificaciones unifactoriales radica en que pueden categorizar como rurales poblaciones urbanas con términos municipales muy grandes

con baja densidad poblacional, o no categorizar como rurales poblaciones con términos municipales muy pequeños. Por eso es interesante conocer una nueva propuesta de definición operativa de lo que se considera rural por parte de autores como Reig Martínez et al. de 2016 (tabla 1)⁴:

Dicha definición clasifica los municipios con base en criterios demográficos (población y densidad de población), en el valor natural de las intervenciones en el territorio, y en criterios de accesibilidad de dichas zonas.

Con base en esta clasificación multifactorial, la ruralidad en nuestro país estaría compuesta por 6.720 municipios (82,2%), de los cuales 3.383 son considerados accesibles y 2.837 remotos. Representan el 12,7% de la población española (6,4 millones de personas), ocupamos (y cuidamos) el 73% del territorio.

A pesar de ello, continuamos con déficits de infraestructuras y servicios... De hecho, el territorio es uno de los ejes de desigualdad incluido en el marco de los determinantes sociales de la salud³. Dentro de él, la accesibilidad funciona como primer exponente de inequidad territorial en salud, generando desigualdades en salud, injustas y evitables.

La accesibilidad, es decir, la capacidad de obtener cuidados de la salud de forma conveniente y cuando es necesario, debe entenderse como un término complejo y multidimensional que hace alusión a aspectos geográficos, económicos, administrativos, políticos y culturales, y que se interrelaciona con otras características propias de la Atención Primaria (AP) como son la longitudinalidad, el vínculo del equipo de AP con la comunidad y la integralidad⁵⁻⁸.

Los factores determinantes de la accesibilidad en el medio rural están interrelacionados y, en algunos casos, solapados. De forma didáctica se podrían separar en:

- Factores geográficos: marcados por la orografía, el clima, la dispersión, la viabilidad invernal, etc.
- Demográficos: derivados del envejecimiento, del grado de dependencia y del de género (alto grado de masculinidad, consecuencia en parte de la «huida ilustrada» de mujeres que se van a estudiar a la Universidad y no retornan).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102582>

0212-6567/© 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Tabla 1 Definición de ruralidad

Criterio	Demográfico	Intervención territorio	Accesibilidad
	Aglomeraciones urbanas de alta intensidad: 1.500 hab./km ² + umbral mínimo de 50.000 hab.	Municipio abierto: si al menos el 90% de su superficie está formada por coberturas agrícolas, forestal, humedal o de agua, es decir, un máximo de 10% de su cobertura es artificial	Poblaciones rurales accesibles: trayecto en coche menor de 45 min a población mayor de 50.000 hab.
	Intermedias: 300 hab./km ² + umbral mínimo de 5.000 hab.	Municipio intermedio (si sus coberturas artificiales están entre el 10-25%)	Poblaciones rurales remotas: trayecto en coche mayor de 45 min a población mayor de 50.000 hab.
	Rurales (el resto)	Municipio cerrado: sus coberturas artificiales superan el 25%	
Tipos	Municipios urbanos abiertos o cerrados	Municipios intermedios abiertos o cerrados	Municipios rurales accesibles o remotos

Adaptada de: Reig Martínez et al.⁴.

- Administrativos/económicos: en relación con la limitación de horarios y turnos; la asequibilidad de la atención (modelo de transporte basado en el vehículo propio, o la dependencia familiar/vecinal si no se tiene, y el gasto que todo ello supone en tiempo, dinero y en dificultades para la conciliación) y la puntualidad en el servicio (listas de espera).
- Políticos: el territorio viene determinado según la distribución de las políticas del bienestar, de las infraestructuras y de los servicios. El modelo de distribución habitual ha sido el de la demanda: a más densidad poblacional, mayor demanda y concentración de servicios asociada. Como consecuencia, las zonas menos pobladas sufren una desertización inducida de servicios. La desertización de servicios sanitarios también es multifactorial, intervienen decisiones políticas, falta de formación en el medio rural del personal sanitario en formación o la sensibilidad de las profesionales hacia la ruralidad.
- Culturales: es característica la naturalización y aceptación de la despoblación, de las barreras de accesibilidad y la idea de ser ciudadanía de menor categoría. De forma general, se mantienen los roles tradicionales de género, con reflejo en la división sexual del trabajo, el sistema de cuidados y las dobles jornadas. Además, existen unas percepciones y comportamientos propios, diferentes del medio urbano: es frecuente la existencia de miedo a la pérdida de servicios, el respeto a los equipos de AP y otros activos en salud locales, así como una buena aceptación de la enfermedad y la muerte.

Las características propias de la accesibilidad del medio rural tienen consecuencias en la salud de la población. Por ejemplo, un 6% de la población rural no accede a servicios de salud bucodental por coste económico y distancia al servicio⁹. En relación con los factores culturales y de género determinantes de la accesibilidad en la ruralidad, solo un tercio de las mujeres rurales víctimas de violencia de género conocían el 016¹⁰. La desertización inducida de servicios (sanitarios, sociales, bancarios, de proximidad o de infraestructuras —carreteras, acceso a Internet, etc.—)

acaba borrando derechos de la ciudadanía: en 2017, la cifra de dificultad alta o muy alta en el acceso a transporte público en el medio rural quintuplicaba la de los hogares urbanos⁸. En contrapartida, de forma general, la demora en AP rural es inexistente, la atención domiciliaria es habitual y se producen con frecuencia iniciativas comunitarias multidisciplinares.

Como médicas de familia y como sociedad científica reclamamos políticas sanitarias que garanticen una accesibilidad equitativa y de calidad en todo el territorio, sin que el propio sistema genere desigualdades en salud por inequidad territorial; que no se promueva la desertización de servicios y que se abrace el modelo de justicia social.

Es importante poner en valor que en la mayoría de «nuestra» ruralidad todavía se dan las 4 características esenciales que según The Care Collective son necesarias en comunidades que cuidan: soporte mutuo, espacio público, recursos compartidos y (pero no siempre) democracia local¹¹. Estas características son fácilmente identificables en nuestros pueblos y aldeas; grupos de vecinas, gente con huerto, la que va al monte o a cazar..., compartiendo espacios comunales o accesibles y recursos (no todos a los que tenemos derecho). Todo esto viene de lejos, de la ruralidad antigua, la de supervivencia, la de ese pasado ligado a la naturaleza, agrícola y ganadero, de ese trabajo colaborativo y solidario con familia y vecindario, que como profesionales sanitarios rurales todavía tenemos el privilegio de observar y en ocasiones de participar. Está demostrado que esta capacidad social de cuidado y el propio entorno generan salud entre la población¹²: mayor autopercepción de salud y de calidad de vida, menor soledad no deseada y mejor salud mental y menor mortalidad cardiovascular, cuando se ajustan resultados por nivel socioeconómico.

En definitiva, a pesar de las dificultades, los diferentes tipos de ruralidad siguen siendo espacios protectores y promotores de salud, con una identidad propia diferente de la urbana, con capital social, natural y cultural con alta capacidad de resiliencia y sororidad entre vecinas. Como profesionales de la salud debemos tener en cuenta la idiosincrasia propia del medio rural, desvinculándolo de

la visión urbano-normativa e incluir la perspectiva de equidad territorial en nuestro trabajo, siempre contando con las comunidades locales de las que formamos parte.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC. Declaración de Ávila [Internet]. 2016 [consultado 10 Feb 2023]. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2017/02/Declaraci%C3%B3n-de-%C3%81vila.pdf>.
2. Hart T. The inverse care law. *Lancet*. 1971;7696:405–12.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: MSSSI; 2015.
4. Reig Martínez E, Goerlich Gisbert FJ, Cantarino Martí I. Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local. [Internet]. Madrid: Fundación BBVA; 2016 [consultado 11 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.fbbva.es/publicaciones/delimitacion-de-areas-rurales-y-urbanas-a-nivel-local-demografia-coberturas-del-suelo-y-accesibilidad/>.
5. Figueroa Pedraza D, Cavalcanti Costa GM. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm Glob*. 2014;13:267–78.
6. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2017;55:82–93 [consultado 1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>.
7. Sanz Tolosana E, Oliva Serrano J. La percepción local del acceso a los servicios de salud en las áreas rurales. El caso del pirineo navarro. *An Sist Sanit Navar*. 2021;2:185–94.
8. Camarero L, Oliva J. Thinking in rural gap: Mobility and social inequalities. *Palgrave Commun* [Internet]. 2019;5:95 [consultado 6 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41599-019-0306-x#further-reading>.
9. Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Publica*. 2022;96:e202205041.
10. Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales (FADEMUR). Mujeres víctimas de violencia de género en el medio rural [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2020 [consultado 18 Oct 2022]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/vg_mundorural.pdf.
11. The Care Collective. El manifest de les cures. La política de la interdependència. [Internet]. Manresa: Tigre de Paper; 2020. Disponible en: www.tigredpaper.cat.
12. Anderson D, Beinhoff P, Ruffalo L. Rural residence predicts lower cardiac mortality and better mental health outcomes. *WMJ*. 2021;120:183–7.

Sandra Robles Pellitero^a, Manel Monfort Lázaro^b
y Teresa Méndez García^{c,*}

^a Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC, Consultorio Auxiliar de Lucillo, CS Astorga II, León, España

^b Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC, Centro de Salud Morella, Morella, Castellón, España

^c Miembro del Grupo de Trabajo de Medicina Rural de semFYC. Consultorio local Señorío de Illescas, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tessamg@gmail.com
(T. Méndez García).