

# Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España

Economic crisis, austerity and rural areas: a qualitative study exploring perceptions of the effects on health care system and health in Navarra, Spain

**Elvira Sanz Tolosana**

Universidad Pública de Navarra. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Pamplona, Navarra, España.  
E-mail: [elvira.sanz@unavarra.es](mailto:elvira.sanz@unavarra.es)

## Resumen

La crisis financiera ha impulsado severas medidas de austeridad al sistema español de atención a la salud, entre las que se destacan la reducción del gasto público, la modificación del principio básico de cobertura universal, el copago y las reformas laborales. En este artículo se presentan los resultados de un estudio cualitativo sobre la percepción del personal sanitario y de la población de los impactos de la crisis en el sistema sanitario y de la salud en las áreas rurales. Se consideró la metodología cualitativa como la opción idónea para el estudio de un fenómeno complejo, en el que se buscó profundidad en su comprensión, teniendo en cuenta los significados y el contexto. El estudio se realizó en tres valles del Pirineo navarro. Se llevaron a cabo 22 entrevistas semiestructuradas a informantes clave y de perfiles no expertos, que fueron analizadas según el análisis sociológico del discurso. La desigual accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población rural fue el factor identificado de forma unánime como la mayor amenaza y desafío para estos territorios. Una desigualdad que se consideró agravada en la población más envejecida. Las personas entrevistadas no refirieron un impacto negativo en la calidad del servicio de atención primaria, sino que lo localizaron en el entorno urbano y en la asistencia especializada. Los impactos diferenciados de las políticas en las zonas rurales exigen más investigación atendiendo a sus particularidades y

## Correspondencia

Universidad Pública de Navarra, Departamento de Sociología y Trabajo Social. Edificio Los Magnolios, Campus de Arrosadía. Pamplona, Navarra, España. 31006.

de esta forma comprender el impacto específico de la crisis en estos territorios.

**Palabras clave:** Crisis Económica; Austeridad; Estudio Cualitativo; Áreas Rurales; España.

## Abstract

The financial crisis has led to severe austerity measures in the Spanish health care system, among which are the reduction of public spending, the modification of the basic principle of universal coverage, the co-payment and labor reforms. This article presents the findings from a qualitative study that explores the perceptions of primary health care professionals and population of the effects of the crisis on the health system and health in rural areas. The qualitative methodology was considered ideal for the study of a complex phenomenon. We looked for depth in the understanding considering meanings and context. The study was carried out in three valleys of the Spanish Pyrenees (Navarra). We conducted 22 semi-structured interviews with key informants and non-expert profiles analyzed according to the sociological analysis of the speech. The unequal accessibility to health services by rural population was unanimously identified as the greatest threat and challenge for these territories. An inequality that was considered aggravated in older population. The people interviewed did not mention a negative impact on the quality of rural primary care service. They noticed that quality of health care had become worse in urban centers and in specialized healthcare. The differential impacts of policies in rural areas require more research, considering their particularities and thus understanding the specific impact of the crisis on these territories.

**Keywords:** Financial Crisis; Austerity Measures; Qualitative Study; Rural Areas; Spain.

## Introducción

La crisis económica y financiera ha adoptado diferentes formas, afectando de manera desigual a los países europeos, siendo los del sur y los del este los más perjudicados por la recesión (Karanikolos; Kluge, 2015; Karanikolos et al., 2016). La crisis ha planteado enormes desafíos para la salud al constatar que los *shocks* económicos representan una amenaza para la salud y los sistemas de salud (aumenta la necesidad de asistencia sanitaria, pero es más difícil acceder; los efectos negativos tienden a concentrarse en grupos más desfavorecidos, etc.). El impacto en la salud fue mayor en los países que sufrieron la mayor crisis económica o austeridad prolongada (Karanikolos et al., 2013; Reeves; Mckee; Stuckler, 2015). En Grecia, España y Portugal, los suicidios y brotes de enfermedades infecciosas son cada vez más comunes, y los recortes presupuestarios han restringido el acceso a la atención médica. Por el contrario, Islandia rechazó la austeridad y la crisis financiera parece no haber tenido efectos perceptibles sobre la salud (Karanikolos et al., 2013). El modo en que la crisis afecta a la salud depende en gran medida de las políticas adoptadas por los gobiernos y de la protección social existente (Dávila; González, 2009; Stuckler; Basu, 2013; Stuckler; Basu; Mckee, 2010; Stuckler et al., 2009).

Después de una década de expansión económica, en 2006 la economía española comienza a mostrar las primeras señales de agotamiento. La crisis internacional va a ser el detonante de la caída de la llamada “burbuja inmobiliaria”, que produce una conmoción en la actividad económica. Desde el inicio de la recesión económica, en España se han tomado medidas restrictivas sobre el gasto en las políticas públicas de bienestar social y en sanidad, nuevas leyes laborales y subida de impuestos (Legido-Quigley et al., 2013b; Gallo; Gene-Badía, 2013). Los riesgos más importantes sobre la salud se sitúan en la evolución negativa de los determinantes sociales (Cortes-Franch; González López-Valcárcel, 2014). El desempleo se dispara del 8% en 2007, hasta el 23,6% en 2014. La tasa de riesgo de pobreza alcanza en 2011 el 22%, y en los menores de 16 años el 28,7%. El aumento de la desigualdad se ha intensificado entre los años 2008 y 2014, como lo constata el índice Gini que se incrementa del 32,4 al 34,7 del 2014.

Las medidas de austeridad aplicadas al sistema de salud incluyen la reducción del gasto público (entre 2009 y 2013, el gasto en salud pública descendió un 14 % (González López-Valcárcel; Barber, 2016), copago, reducción de salarios y personal sanitario. Asimismo, la aprobación de la Ley 16/2012, de 20 de abril, ha modificado sustancialmente el principio básico de cobertura universal (Casino, 2012; García Rada, 2012; Legido-Quigley et al., 2013a; Repullo, 2014). De esta forma, las personas inmigrantes “ilegales” quedan excluidas y sólo tienen acceso a las urgencias, maternidad y pediatría.

Los estudios sobre el impacto de la crisis y las medidas de austeridad en la salud y en el sistema sanitario (desde 2008 hasta 2016) todavía son escasos y no concluyentes<sup>12</sup>. Por un lado, se señala el empeoramiento de la salud de la población española, especialmente en la salud mental y en el incremento de suicidios (un 11,3% de 2011 al 2013) (Gili et al., 2013; Roca et al., 2013; Segura, 2014). El consumo de antidepresivos ha aumentado un 35,2% (Sicras-Mainar; Navarro-Artieda, 2015). Los trabajos sobre indicadores como mortalidad prematura, mortalidad evitable o salud autopercebida no presentan efectos negativos. Y por otro lado, los estudios apuntan al impacto en la accesibilidad de los servicios de salud (Cervero-Liceras; Mckee; Legido-Quigley, 2015; Gene-Badía et al., 2012; Heras-Mosteiro; Sanz-Barbero; Otero García, 2015; Sanz, 2015; Urbanos; Puig-Junoy, 2014). Los tiempos y las listas de espera se han incrementado en los últimos años. El número de pacientes en espera creció un 43% entre 2009 y 2012, y el tiempo de espera un 21%, de 63 a 73 días (en 2015 fue de 89 días) (MSSI, 2016). Según la Encuesta Europea de Salud de 2014, el 2,6% de la población no podía acceder a los servicios sanitarios por razones económicas, y un 2,4% no podía adquirir los medicamentos prescritos. Las personas mayores y los grupos más desfavorecidos son los grupos con mayor probabilidad de reducir la demanda de medicamentos por el copago (Casino, 2012; Tamblyn, 2001). Y se han cerrado servicios de atención médica y reducido el número de camas de hospital (Gene-Badía et al., 2012).

Las medidas de austeridad están socavando el principio de cobertura universal y equitativa sobre el que casi todos los países europeos han

organizado su sistema sanitario haciendo hincapié en los servicios de atención primaria de salud. La intensidad de la crisis ha incrementado la preocupación por sus posibles efectos en la salud y bienestar de la ciudadanía, especialmente en las áreas rurales, debido a la desigualdad existente de partida y a su problemática específica. En la mayoría de los países, en términos generales, la población rural tiene más probabilidades de vivir en condiciones socioeconómicas más pobres, menor nivel educativo, menos conductas saludables, alto riesgo de padecer ciertas enfermedades crónicas, y una menor esperanza de vida. Las políticas de austeridad -como son la reorganización y recentralización de los servicios públicos, la paralización de las inversiones en infraestructuras y equipamientos, la erosión de las finanzas locales, etc.- se profundizan en la vulnerabilidad de estos espacios. En este contexto, el envejecimiento de la población, su dispersión y la accesibilidad conforman sus principales desafíos, no sólo sociales, sino también y sobre todo en estos últimos años en términos economicistas. Factores que se ven agravados en los territorios de montaña y áreas remotas.

La Comunidad Autónoma de Navarra no ha sido ajena a estos procesos. En 2012, el Gobierno de Navarra presentó el plan de reforma de las urgencias rurales (Decreto Foral 131/2012, de 19 de diciembre) rechazado por la oposición parlamentaria y que dio lugar a la aprobación de la Ley Foral sobre atención sanitaria, continuada y urgente (Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero). En esta Ley se expresa explícitamente que dicho Decreto “supone por primera vez un retroceso en la prestación sanitaria ofertada a la ciudadanía navarra, dado que implica el desmantelamiento del actual sistema de urgencias destinado a la población rural y a la red viaria de la comunidad” y “se pone en riesgo la seguridad de las personas residentes en las zonas rurales y de los usuarios de la red viaria de Navarra.” Asimismo, el Sindicato Médico de Navarra y 30 (de 33) equipos de atención primaria de las zonas rurales se posicionan en contra. Ante este contexto de incertidumbre y temor, la ciudadanía rural, impulsada por la población del Pirineo, se organiza y presenta una proposición de Ley Foral para definir

por ley una serie de mínimos de atención sanitaria en las zonas rurales. Una petición tramitada como Iniciativa Legislativa Municipal (ILM) que contó con el apoyo de 170 de los 272 ayuntamientos navarros (62,5%), pero que finalmente fue rechazada por el Parlamento Foral. En este contexto, el objetivo de esta investigación fue conocer la percepción de los y las profesionales de la salud y de la población sobre el impacto de la crisis y las medidas de austeridad en el sistema sanitario y la salud en las áreas rurales.

## Metodología

Nuestro estudio se localizó en tres valles del Pirineo navarro: Roncal, Salazar y Aezkoa. Un territorio caracterizado por un hábitat disperso en el que sus 4 000 habitantes se reparten entre 31 entidades poblaciones en una extensión de 95.184 Ha, una población envejecida (el 23% es mayor de 64 años) y masculinizada (más de 114 hombres por 100 mujeres). La distribución de centros de salud y consultorios se encuentra directamente relacionada con el tamaño de la población. El sistema cuenta con 3 centros de salud y consultas en la mayor parte de los pueblos, 5 farmacias y 3 ambulancias. La distancia hasta el hospital más cercano y la asistencia especializada oscila entre 1 hora y 1 hora y 45 minutos.

La investigación fue cualitativa, con un enfoque inductivo y basada en 22 entrevistas semiestructuradas. Los perfiles sociológicos se dividieron, por un lado, en

informantes clave o expertos y, por otro, una serie de perfiles no-expertos, con los que se pretendió alcanzar una saturación informativa. Respecto a los informantes clave, se realizaron 5 entrevistas: médicos, enfermeras y un trabajador de la ambulancia. El criterio de selección fue residir y trabajar en los 3 valles por más de 10 años, con el objetivo de que fueran personas conocedoras del territorio y de la evolución del sistema sanitario antes y después de la recesión económica. Para los no-expertos, se utilizaron los criterios de edad, sexo, localidad (teniendo en cuenta el tamaño poblacional, cercanía a la carretera nacional, tiempo de viaje a Pamplona) y residencia permanente o estacional (de fin de semana, veraneantes, etc.).

El guion contenía preguntas referidas a los impactos percibidos en la salud y en el sistema sanitario a causa de la crisis económica y se diseñó utilizando un proceso iterativo para incluir nuevas cuestiones que emergían en las entrevistas. Para los expertos se utilizó un muestreo intencional y para los no expertos el de la bola de nieve. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas con el permiso de las personas y se garantizó la confidencialidad de la información obtenida. La duración de las entrevistas osciló entre una hora y hora y media y fueron realizadas entre octubre de 2013 y septiembre de 2014. El análisis se desarrolló conforme al modelo de análisis sociológico del discurso (Conde, 2009) tomando en consideración el contexto concreto de producción.

### Figura 1 – Temas recogidos en las entrevistas

- Valoración sobre la atención sanitaria ofrecida y recibida
- Percepción sobre el impacto de la crisis en la atención y en la salud
- Impacto de la crisis en las condiciones laborales

## Resultados

El análisis de los discursos generados en las entrevistas personales permitió identificar tres temas clave, que son: (1) la accesibilidad; (2) el impacto de la crisis en la calidad del servicio y en las condiciones laborales; y (3) soluciones propuestas.

### La desigual accesibilidad a los servicios de salud como factor clave

Las personas entrevistadas identificaron de forma unánime a la accesibilidad a los servicios sanitarios como la principal preocupación y amenaza sobre la salud de la población rural. Las medidas de austeridad

proyectadas hacia este territorio han favorecido la concienciación de la población en torno a esta inequidad y a la demanda de medidas que se ajusten a solventar la situación.

*Me hizo gracia, porque cuando empezó esto comenzamos a hablar lo del tema de desfibriladores, lo de los 10 minutos, entonces todo el mundo se quedó así como diciendo “ostras, es que si yo vivo en Navascués y me pasa una cosa de éstas es que no me salva nadie”. Ya, pero es que la realidad es esa. Es verdad, es que es así. (Medico, 50 años)*

*Se le había olvidado a la enfermera apuntarla y tuvo que volver al martes siguiente a hacerse otra vez los análisis. Y eso además era en invierno, con carreteras malas. Si vives en Pamplona, vas al día siguiente, te los haces y ya está. Es otra forma de entender todo. Vivir en el Pirineo es otra forma de entender todo, todo, hasta tu salud. Entonces, dices, te pasa cualquier cosa y no tienes la misma atención. Es un riesgo que la gente que vive allí corre. (Vecina, 32 años)*

*Yo una temporada que estuvo aquí mi suegra estaba acojonada, “¿y si me pasa algo?”. (Mujer, empresa de cuidados, 43 años)*

La caracterización de los valles se construyó con base en la accesibilidad geográfica y económica. La orografía de montaña, la climatología (nieve, hielo) y la dispersión poblacional condicionan los tiempos de traslado intravalles (hacia los centros de salud) y hacia Pamplona, que oscilan entre 1 y 2 horas. La necesidad de desplazamiento para la realización de pruebas diagnósticas y consultas a especialistas con el coste económico que supone constituyó una de las principales quejas y suscita el temor del personal sanitario por el abandono de los tratamientos por parte de los grupos más desfavorecidos. Una desigualdad en la accesibilidad a los servicios que se consideró agravada en la población más envejecida, que emerge como referente de la inequidad territorial y social al no tener movilidad.

*entonces, ese tiempo, el mío, ese lo pongo yo. Pero, ¿por qué me tiene que costar más de un euro que cuesta la Villavesa? Eso es lo que yo creo que tendría*

*que haber contrapartidas ahí[...] Pero, claro, ¿por qué nos tiene que costar más? Es que nos gravan, o sea, nos penalizan. Se penaliza a la gente por vivir aquí [...] Que el vivir en un medio rural te cueste el tiempo, pero no más económicamente. (Vecina, 53 años)*

*es una población muy mayor, pero muy mayor. Pues mucha población, en muchos pueblos en el invierno, se quedan sin coche, sin ningún coche, en otros igual uno. Entonces, esas personas, si tú cierras la consulta, esa persona no puede desplazarse a otros sitios. ¿Qué haces? O tienes que atender a domicilio a todos los que haya, o si no esas personas al final no van a acudir a la atención, van a ser personas que se van a ir demorando en el tiempo y no van a acudir a las revisiones que tengan, no van a acudir. (Enfermera, 54 años)*

*Si no hay un coche en el pueblo, tú no puedes decir a una persona “oye, coge un taxi”. Es que hay en Jaurrieta un taxi, no hay más. Gente muy mayor, con una pensión. Son muchas circunstancias las que se nos juntan. Luego, pues mucha población mayor, cuidadores muy mayores. A veces un matrimonio mayor y entre ellos se cuidan. Es que son circunstancias que nos van definiendo la zona y la población. (Enfermera, 54 años)*

Las narrativas sobre dicha desigualdad se acentuaron al referirse a las urgencias y en especial a las patologías tiempo-dependientes. Las profesionales criticaron la argumentación del gobierno de Navarra sostenida en estadísticas que consideraron no refleja la casuística y particularidades de la zona.

*Es que el 80, 90% de la población está o se cubre mediante el sistema de urgencias, estás a menos de diez minutos de un centro”. Claro, Roncal, Salazar, Burquete, somos la excepción y todos los núcleos lejanos, es decir, había un 10, 15% de población que no cumplíamos esos ratios, pero para ellos como el 90% ya estaba cubierto, entonces de alguna forma te estaban discriminando. (Médico, 50 años)*

*“aquí arriba estáis con una hora de desventaja”, aquí lo primordial es coger a tiempo un ictus. Empezar el protocolo cuanto antes, lo más rápido posible. Estáis con una hora de desventaja en lo que son ambulancias. (Médico, 50 años)*

**Tabla 1 – Principales resultados de las entrevistas**

Personal sanitario	Población local
Accesibilidad como la principal amenaza	Accesibilidad como la principal amenaza
Satisfacción con la atención ofrecida	Satisfacción con la asistencia
No empeoran las condiciones laborales	No se identifican cambios
Demanda de políticas específicas	Temor a la pérdida de servicios

### Percepción del impacto de la crisis en la calidad del servicio y en las condiciones laborales

La atención ofrecida por los servicios de atención primaria en los valles gozó de una satisfacción unánime por la población local. Ninguna de las personas entrevistadas se refiere a cambios en la asistencia como la raíz de la crisis. Los discursos enfatizaron la atención personalizada y se construyeron en contraposición a la situación del entorno urbano donde sí se percibió un deterioro en la calidad de la asistencia a causa de las medidas de austeridad.

*Pero yo como clienta, como vecina, me siento súper atendida a nivel sanitario. Tenemos una médica y una enfermera a nuestra disposición los 5 días de la semana, todas las horas, o sea, en cualquier momento. Para mí eso es un lujo. Gente que te controla, que nos controla a cada uno. (Vecina, 38 años)*

*Por el volumen de trabajo que tenemos los sanitarios, hacemos mucho más seguimiento que igual en otros centros urbanos porque están petados, no llegan, por mucho que lo quieran hacer. Yo estoy convencida de que son también buenísimos profesionales, los compañeros y compañeras de la ciudad, pero no llegan. Mientras que aquí tú tienes una persona mayor, puedes ir a tu tiempo, estarte media hora, una hora, quiero decir que eso es una gozada. Es una relación mucho más cercana, mucho más de tú a tú y partes con la ventaja de que conoces a la persona, a la familia, al medio, que eso también ayuda muchísimo. (Enfermera, 52 años)*

Otro impacto identificado y valorado negativamente se refiere a la asistencia especializada ubicada en la ciudad. Los efectos señalados fueron el incremento de

las listas de espera, la falta de reposición del personal sanitario y la alta interinidad. Además, se señaló, por parte del ambulanciero, un menor servicio de las ambulancias programadas. Una situación que dificulta más la accesibilidad de la población rural y agrava la inequidad territorial.

*Sí que igual ha bajado un poco el rango en el que se movían las que son de programado, las de recoger pacientes de las zonas rurales y llevarlas al Hospital, o bien a una consulta de médicos, de especialista, de rehabilitación y eso. Antes se iba a su casa, se le recogía, se le llevaba al centro hospitalario, se le hacía lo que se le tenía que hacer, y se le devolvía a casa. Ahí yo creo que se ha perdido un poco y hay menos gente que tiene ese servicio, entonces se tienen que buscar la vida por otra manera, o bien con familiares o quien sea, tienen que desplazarse ellos por su cuenta y hacer ese tipo de traslados. (Trabajador de las ambulancias, 35 años)*

Al igual que la población local, el personal sanitario se mostró satisfecho con la calidad de la asistencia y tampoco señaló impactos negativos en la atención primaria de la zona. Las narrativas giraron en torno a las características específicas del desempeño de su profesión en el ámbito rural. Una sociedad envejecida, dispersa, con problemas de accesibilidad que requiere actuaciones diferenciadas a las establecidas para entornos urbanos. La residencia, el conocimiento de la localidad y de la cercanía son considerados aspectos importantes.

*A mí me decían, “tú fatal fulanita, tú eres muy frecuentadora, tú vas mucho a las casas”. Yo les miraba y “yo voy lo que me parece”. Si en Uztarroz tengo una población, que sé que hay muy poca gente*

*en invierno, pero si tengo un 80% de los que cuido mayores de 85 años, pues ya sé lo que tengo, o me parece. Yo trabajo así. Ya peinando canas, pues me considero buena profesional en ese aspecto. Decían “pues no hay que subir más que 2 días a Uztarroz”, “ah, no, no, hay que subir 3 días”, les decía yo. Hay que subir 3 pues porque te tienes que dar vuelta por los abuelos. Y porque un abuelo de estos, un día... Además, son súper sufridos, la gente de aquí te viene cuando ya llevan..., son capaces de estar toda la noche con un cólico, y por no molestar llaman a las 8 de la mañana, que están con dolor desde las 2 de la mañana. Que eso no pasa en cualquier otro lado. Aquí la urgencia que hay, o cuando te llaman, es porque realmente es urgencia. Que eso no es como en otras zonas, ¿no? (Enfermera, 52 años)*

La mayoría del personal sanitario de este territorio son mujeres. A su profesión se suman los preceptos de género. Estas profesionales definen sus localidades bajo el prisma de los cuidados, es decir, como el conjunto de personas que hay que cuidar y, a su vez, son etiquetadas como las cuidadoras por la población local. *Si es algo urgente te vienen a casa, pero lo que es un poco consulta normal hay que bajar a Aribre (enfermera 47 años).* Un contexto social en el que la cercanía resulta en algunas ocasiones un factor asfixiante para las residentes.

*la gente no separa cuando me ven por la calle a las 6 de la tarde y cuando estoy en la oficina, o cuando estoy en la oficina o fuera de la oficina pero trabajando. La gente no separa, normalmente no suele separar. Eres trabajadora social las 24 horas. Y el fin de semana, y no solo yo, porque no solo me repercute a mí, le repercute a mi hijo, le repercute... Al final, les condiciona mucho, condiciona mucho. Y la verdad es que, bueno, por higiene mental es mejor separar. Como los demás no van a separar pues tengo que separar yo. (Trabajadora social, 42 años)*

Al preguntar al personal sanitario sobre el impacto de la crisis en sus condiciones laborales, inicialmente todos se refirieron a la reforma de las urgencias rurales que presentó el gobierno de Navarra a la que consideraron “única y exclusivamente una reforma laboral”. Una reforma “donde lo único que se

*pretendía era volver a la guardia localizada y quitar las libranzas”* y dejar la guardia de presencia física por razones, arguyeron, meramente economicistas. La argumentación contra esta proposición se basó en la evidencia científica y en los posibles impactos negativos en la salud de la población.

*Es decir, si me estás diciendo que ante una fibrilación ventricular tengo que actuar antes de los 10 minutos, si a mí me mandas a hacer la guardia localizada a mi casa, yo vivo arriba enfrente de la iglesia, estamos hablando que los meses de noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo, aquí la mayor parte de los días, a las noches hay temperaturas bajo cero. Equipos, sueros, ¿dónde los voy a tener?, ¿bajo cero? Por más que les explicas a la señora consejera y a los señores directores que eso es retroceder para atrás, pues no, hacen la vista gorda. (Médico, 51 años)*

*te estaban diciendo que “mira, como tenéis pocas urgencias, pues volvemos a la guardia localizada”. Y dices, ¿y dónde está la equidad? [...] Es decir, queremos tener unos mínimos, es que no estamos pidiendo aquí un hospital ni una ambulancia medicalizada aquí en la zona. No estamos pidiendo eso para nada. Estamos pidiendo que lo único que tenemos, que es la rapidez, porque lo único que tienes es el recurso humano, mantenerlo. (Médico, 51 años)*

Otra de sus reivindicaciones fue la estabilización de las plantillas, no sólo por una cuestión laboral sino también como un factor importante para una atención de calidad en el medio rural. Muchos profesionales vienen de la ciudad a trabajar para jornadas de pocas horas, lo que favorece que este territorio sea poco atractivo para su carrera profesional. En este sentido, un centro de salud ha establecido un sistema organizativo distinto para garantizar por un lado cierta estabilidad para los profesionales eventuales (agrupando las horas laborables) y por otro una continuidad en la asistencia.

*los mayores lo sienten mucho, y que al año y medio... La gente de aquí no somos enseguida de abrirnos, pues al revés y tal. Cuanto ya empiezan a conocer ya se va otra vez y ya viene otro nuevo. Una sensación siempre de cambio. (Enfermera, 54 años)*

## Soluciones propuestas

La mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios aglutinó la mayoría de las demandas de ambos colectivos. Fueron unas medidas dirigidas a garantizar la movilidad a los centros de salud y a los hospitales, y asistencia especializada: el establecimiento de transporte público y de circuitos integrados, mantenimiento de las ambulancias, vehículos adaptados a las áreas de montaña, limpieza de carreteras, uso del helicóptero para las urgencias, garantizar el suministro de luz, etc.).

*Vas a un servicio de especializada, por ejemplo, tienes una operación, un preoperatorio, pues un día ven a la radiografía, otro día ven al electro, y lo que decimos es que hagan unos circuitos especiales para la zona rural. El mismo día, que eso también no cuesta dinero, sino que es realmente hacer un circuito especial, pues el mismo día se les puede hacer todo. (Enfermera, 52 años)*

Las profesionales criticaron la definición y la caracterización del ámbito rural de forma homogénea. Afirmaron que las peculiaridades de las zonas de montaña generan necesidades de atención específicas. En este sentido, demandaron que la organización de las urgencias se realice atendiendo a la evidencia científica y no basándose en parámetros poblacionales y economicistas que discriminan a las áreas rurales, así como con la participación del personal sanitario de la zona.

*no entendíamos esa forma de planificar, sobre todo porque en la urgencia que tenemos presente primero dónde estamos: zona rural, zona de Pirineo, carreteras de montaña. Entonces, no se puede, desde nuestro punto de vista, planificar un cambio importante sin haber tenido en cuenta las particularidades de cada zona. No es lo mismo que a mí me quieras planificar como Pirineo que soy igual que Valtierra, por ejemplo. O sea, eso es imposible, porque los núcleos de población aquí están aislados, están alejados, tenemos una población muy mayor, muy envejecida, muchas veces sin recursos de coche. Entonces, nosotras empezamos a trabajar el tema porque veíamos que no hacía juicio a lo que nosotros*

*entendíamos que tenía que ser la atención en estas zonas. Nuestra población quedaba un poco como penalizada, ¿eh? (Enfermera, 54 años)*

*Muchos de esos líos se pueden haber evitado si no sentamos todos a hablar de forma razonada y siempre con la razón por delante, y la ciencia por delante, y la salud por delante, y no con tanta triquiñuela y tanto palabrerío, que es un poco vergonzoso [...] Vamos, y sin escuchar para nada la opinión de los profesionales, por más que les decías. (Médico, 51 años)*

## Discusión

La crisis y las políticas de austeridad han incrementado significativamente el grado de insatisfacción con la prestación de servicios de salud en los países del sur de Europa, especialmente en Grecia y Portugal (Serapioni, 2017). Este estudio confirma la desaprobación de las medidas de austeridad por parte del personal sanitario y la percepción de que están generando efectos negativos tanto en el sistema sanitario como en la salud, al igual que los casos valenciano y madrileño y el resto de los países del sur. Sin embargo, la población local y los profesionales consideraron que la calidad del servicio de atención primaria en su zona no se ha visto afectada a diferencia de lo ocurrido en los centros urbanos y en la asistencia especializada. Una percepción sustentada tanto por el personal médico de Madrid y Valencia como por los profesionales en Grecia (especialmente los que ejercen en el ámbito rural), que confirman el deterioro de la asistencia en atención primaria (Sbarouni et al., 2012; Tsiligianni et al., 2013).

Las políticas de austeridad han deteriorado las condiciones laborales del personal médico cuyos impactos han sido recogidos en varios estudios europeos: falta de personal médico, sobrecarga de trabajo ante la ausencia de sustituciones, reducción del tiempo con cada paciente, síndrome de *burnout*, escasez de equipos (Cervero-Liceras; Mckee; Legido-Quigley, 2015; Heras-Mosteiro; Sanz-Barbero; Otero-García, 2015; Sbarouni et al., 2012). Contrariamente, en nuestro caso, el personal sanitario no refirió ningún

deterioro en sus condiciones laborales tras conseguir paralizar la reforma. A pesar de las dificultades y de la demanda de cambios urgentes para solventar la situación, la mayoría de los profesionales se muestran satisfechos con el servicio ofertado.

Las medidas de austeridad justificadas por la crisis económica han traído como resultado más tangible un deterioro de la accesibilidad a los servicios sanitarios, tanto para la población rural como para el resto (incremento de las listas de espera, inmigrantes indocumentados) (Cervero-Liceras; Mckee; Legido-Quigley, 2015; Sbarouni et al., 2012; Serapioni, 2017; Tsiligianni et al., 2013). En este sentido, vivir en el ámbito rural supone sufrir una doble desigualdad que adquiere su cara más dramática en las urgencias de las patologías tiempo-dependientes. Se considera que el cierre de los servicios de emergencia y ambulancias (y su copago) en el medio rural incrementa el número de muertes evitables y las desigualdades en salud. Un deterioro en el acceso que se manifiesta en todos los países del sur y con mayor gravedad en Grecia. Una dificultad de acceso que se agrava en las personas mayores de 75 años de los cuatro países (Serapioni, 2017).

La realización de este estudio tiene el valor añadido de presentar la percepción del personal sanitario y de la población del ámbito rural, con las particularidades de las áreas de montaña, sobre el impacto de la crisis económica y de la austeridad en el sistema sanitario y en la salud. Las limitaciones son las propias de una investigación cualitativa, destacando que los resultados no son extrapolables a otras regiones españolas. La disparidad existente en los servicios sanitarios entre las Comunidades Autónomas (CCAA) era alta y se evidencia que va en aumento en los últimos años, entorpeciendo la cohesión y equidad entre territorios. En el informe 2015 sobre *Los servicios sanitarios de las CCAA* elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Navarra aparece en las primeras posiciones (lo que no quiere decir que no haya habido recortes y un deterioro). El Barómetro Sanitario 2015 corrobora esta valoración al ser la región que obtiene la puntuación más alta por su ciudadanía. Una disparidad en los servicios ofertados a la que se suma el diferente nivel de desarrollo económico de las regiones españolas, siendo las

del norte las más desarrolladas económicamente. Cuestión que explica que en nuestro estudio de caso no se refieren impactos como malnutrición o peor salud mental (Cervero-Liceras; Mckee; Legido-Quigley, 2015; Gene-Badia et al., 2012).

Dicho esto, es de reseñar que la problemática expuesta en torno a la accesibilidad es en gran medida común al resto de las áreas rurales españolas y europeas.

## Consideraciones finales

Las políticas de austeridad han afectado principalmente y en diferente grado a los países del sur de Europa, países que ya antes de la crisis económica presentaban mayores desigualdades en salud que los países escandinavos y de Europa continental, y que tras las medidas implementadas durante la crisis han incrementado dichas desigualdades (Serapioni, 2017). Unas reformas que apuntan al abandono del compromiso con la cobertura universal, haciendo hincapié en los servicios de atención primaria. Un pacto que engloba, además del principio de universalidad que incluye a todos y todas, el principio de equidad. Un requisito previo de la equidad es el desarrollo y la realización de derechos que garanticen los derechos legales, por ejemplo, a la atención médica para todas las personas que la necesiten, independientemente de dónde vivan. Esos derechos deben aplicarse para garantizar la dignidad humana y abordar la vulnerabilidad y la exclusión social. Por lo tanto, los Estados deben garantizar que los servicios de salud de calidad estén disponibles y sean accesibles.

El análisis y las intervenciones deben recoger los distintos ejes de desigualdad, entre los que se incluye el área geográfica (MSSSI, 2015). Las políticas dirigidas a la cobertura universal necesitan considerar específicamente las barreras de acceso de la población rural en todas las dimensiones de la cobertura, ya sea legislación, financiamiento o fondos. Un método para lograr la cobertura universal es la atención de salud selectiva, una estrategia que consiste en garantizar que los servicios lleguen de preferencia a las regiones más desfavorecidas (OMS, 2009), tomando ciertas precauciones (Simmons; Shiffman, 2006). La selectividad con base en la

ubicación geográfica y en el acceso universal no representan estrategias contradictorias sino complementarias. Numerosos ejemplos así lo demuestran, al igual que los resultados obtenidos en este estudio. Las demandas del personal sanitario se dirigen a reclamar a las instituciones públicas políticas y programas que respondan a las necesidades específicas del territorio que vayan más allá de considerar las áreas rurales como un espacio homogéneo. Asimismo, la población local, a través de la ILM, reclama que los servicios de salud básicos en las áreas rurales sean garantizados por ley. Es decir, que las particularidades de las distintas áreas rurales sean tenidas en cuenta en el desarrollo legislativo.

Asimismo, las políticas de salud deberían mitigar el impacto de la crisis en la salud lo cual exige intervenir sobre los determinantes sociales (Casino, 2012). La creación de resiliencia para los *shocks* económicos demanda incorporar la *Salud en Todas las Políticas* (SeTP) y trabajar de forma intersectorial y negociada con los agentes involucrados. Para abordar estos desafíos, una de las herramientas destacadas es la Evaluación de Impacto en Salud (EIS). Una metodología que asegura que las necesidades específicas de las comunidades rurales sean sistemáticamente consideradas en la definición y desarrollo de las políticas, con el fin de garantizar su efectividad y maximizar las ganancias en salud (Sanz, 2015).

Las desigualdades sociales, económicas y de salud que aquejan al ámbito rural dificultan la promoción de espacios sostenibles y saludables. Desde el inicio de la crisis, los problemas del mundo rural español se han visto acentuados (incremento del desempleo y de la tasa de pobreza, reducción y supresión de servicios públicos y privados, así como de equipamientos e inversiones, etc.). El impacto que la recesión económica ejerce sobre este mundo diversificado constituye un ámbito de investigación imprescindible para entender el futuro de estas sociedades. La demanda de un sistema sanitario digno y equitativo emerge de forma reiterada como una condición indispensable para la sostenibilidad de las áreas rurales. Como afirma la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009), “reducir las desigualdades sanitarias es un imperativo ético”.

## Referencias

- CASINO, G. Spanish health cuts could create “humanitarian problem”. *The Lancet*, London, v. 379, p. 1777, 2012.
- CERVERO-LICERAS, F.; MCKEE, M.; LEGIDO-QUIGLEY, H. The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: a qualitative analysis of health professionals’ perceptions in the region of Valencia. *Health Policy*, Amsterdam, v. 119, n. 1, p. 100-106, 2015.
- CONDE, F. *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS, 2009.
- CORTÈS-FRANCH, I.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. Crisis económico-financiera y salud en España: evidencia y perspectivas. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 28, p. 1-6, 2014. Suplemento 1.
- DÁVILA, C.; GONZÁLEZ, B. Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 23, p. 261-265, 2009.
- GALLO, P.; GENE-BADIA, J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*, Amsterdam, v. 113, n. 1-2, p. 1-7, 2013.
- GARCÍA RADA, A. New legislation transforms Spain’s health system from universal access to one based on employment. *British Medical Journal*, London, v. 344, p. e3196, 2012.
- GENE-BADIA, J. et al. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish? *Health Policy*, Amsterdam, v. 106, p. 23-28, 2012.
- GILL, M. et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 23, n. 1, p. 103-108, 2013.
- HERAS-MOSTEIRO, J.; SANZ-BARBERO, B.; OTERO GARCÍA, L. Health care austerity measures in times of crisis: the perspectives of primary health care physicians in Madrid, Spain. *International Journal of Health Services*, Thousand Oaks, v. 46, n. 2, p. 283-299, 2015.
- KARANIKOLOS, M.; KLUGE, H. *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Maidenhead: Open University Press, 2015.

- KARANIKOLOS, M. et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, London, v. 381, p. 1323-1331, 2013.
- KARANIKOLOS, M. et al. Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: a narrative review. *International Journal of Health Services*, Thousand Oaks, v. 46, n. 2, p. 208-240, 2016.
- LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. Erosion of universal health coverage in Spain. *The Lancet*, London, v. 382, n. 9909, p. 1977, 2013a.
- LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *British Medical Journal*, London, v. 346, p. f2363, 2013b.
- LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. G.; BARBER, P. Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, New York, v. 15, n. 1, p. 13-21, 2016.
- MSSSI - MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2x1mgA4>>. Acesso em: 4 maio 2018.
- MSSSI - MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Sistema de Información de listas de espera a diciembre de 2015. Madrid, 2016.
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Subsana las desigualdades en una generación. Buenos Aires, 2009. Disponível em: <<https://bit.ly/2ddk5A4>>. Acesso em: 8 maio 2018.
- REEVES, A.; MCKEE, M.; STUCKLER, D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 25, n. 3, p. 364-365, 2015.
- REPULLO, J. R. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 28, p. 62-68, 2014. Suplemento 1.
- ROCA, M. et al. Economic crisis and mental health in Spain. *The Lancet*, London, v. 382, n. 9909, p.1977-1978, 2013.
- SANZ, E. The impact of the crisis on accessibility to health services in rural areas. In: EUROPEAN SOCIETY FOR RURAL SOCIOLOGY CONGRESS, 26., 2015, Aberdeen. *Proceedings...* Aberdeen: ESRS, 2015.
- SANZ, E. Reducing health inequalities: the use of Health Impact Assessment on rural areas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 515-526, 2015.
- SBAROUNI, V. et al. Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural and Remote Health*, Geelong, v. 12, p. 2156, 2012.
- SEGURA, A. Recortes, austeridad y salud. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 28, p. 7-11, 2014. Suplemento 1.
- SERAPIONI, M. Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.
- SICRAS-MAINAR, A.; NAVARRO-ARTIEDA, R. Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Auckland, v. 30, n. 12, p. 29-40, 2015.
- STUCKLER, D.; BASU, S. *Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus, 2013.
- STUCKLER, D.; BASU, S.; MCKEE, M. How government spending cuts put lives at risk. *Nature*, London, v. 465, n. 7296, p. 289, 2010.
- STUCKLER, D. et al. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Medical Journal*, Belfast, v. 78, p. 142-145, 2009.
- TAMBLYN, R. Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 285, n. 4, p. 421-429, 2001.
- TSILIGIANNI, I. et al. Greek rural GPs' opinions on how financial crisis influences health, quality of care and health equity. *Rural and Remote Health*, Geelong, v. 13, p. 2528, 2013.
- URBANOS, R. Y.; PUIG-JUNOY, J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 28, p. 81-88, 2014.

---

Recibido: 25/09/2017  
 Re-presentado: 11/05/2018  
 Aprobado: 15/05/2018