

# **INFORME DE LA ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (ADSP) SOBRE LA SITUACION SANITARIA DE LA COMARCA DE CIUDAD RODRIGO. SALAMANCA NOVIEMBRE DE 1998**

## **I) INTRODUCCION. DATOS GENERALES DE LA COMARCA DE CIUDAD RODRIGO.**

La comarca de Ciudad Rodrigo tiene una *extensión* de 2818 km<sup>2</sup>, con una *población* de 35.810 habitantes, según el censo de 1996 ( se incluye la zona de La Fuente de San Esteban que a nivel de dependencia sanitaria no es tributaria de todos los servicios)

El centro de la comarca es Ciudad Rodrigo, que con 15.000 habitantes concentra el 50% de la población total. Este núcleo se mantiene estable en los últimos años, al contrario que el resto de los municipios de la comarca que sufren un despoblamiento progresivo.

La *densidad de población* media es de 12,83 habitantes/Km<sup>2</sup> (la media nacional es 77 hab./Km<sup>2</sup>; la regional 27,42 hab./Km<sup>2</sup> y la provincial 30,11 hab./Km<sup>2</sup>). En algunos municipios se alcanzan niveles francamente mínimos, tal es el caso de Carpio de Azaba con 1,6 hab./Km<sup>2</sup> o Castillejo con 2,08 hab./Km<sup>2</sup>.

La *pirámide de población* constata un envejecimiento grande y progresivo: Del total de la población un 31,42% son mayores de 60 años , siendo solamente un 21,92% menores de 19 años. Este proceso de envejecimiento es más notorio en los municipios de la comarca y menos en Ciudad Rodrigo. En algunos pueblos, como Alameda de Gardón o Puerto Seguro, la población mayor de 65 años supera el 65% del total.

La comarca de Ciudad Rodrigo es una zona limítrofe con Portugal. Tiene núcleos de población alejados de la capital de la provincia alrededor de 130 Km (El Payo o Navasfrías), estando el centro de la comarca a 86 Km de Salamanca.

Las *comunicaciones* son francamente deficientes. Ciudad Rodrigo está unido a Salamanca por la N-620, con una gran densidad de tráfico (media de 6000 vehículos/día), siendo el 20% tráfico pesado. El índice de siniestralidad por accidentes en esta carretera es de los mayores de España. Las carreteras que unen el resto de los pueblos de la comarca con la cabecera o con la capital son sinuosas, estrechas y en mal estado de conservación. El transporte de línea regular por carretera es deficitario e incluso inexistente en algunos municipios.

## **II) ESTRUCTURA SANITARIA**

Las *Zonas Básicas de Salud (ZBS)* de la comarca son: Ciudad Rodrigo (cubre a 20000 habitantes más un nº importante de desplazados, por situarse en el centro de la comarca gran parte de los servicios, como son colegios, residencias, etc.), Robleda, Fuenteguinaldo y Fuentes de Oñoro. Se pueden incluir en la comarca algunas competencias sanitarias de La Fuente de S. Esteban y parte del Centro de Salud de Tamames (Morasverdes).

En cada una de las zonas descritas existe un Centro de Salud con un *Equipo de Atención Primaria (EAP)* compuesto por médicos, enfermería y servicios administrativos.

El Centro de Salud de Ciudad Rodrigo (de titularidad del INSS) se remodeló y amplió con gran coste económico de obra y mobiliario, para dar más espacio al EAP, al servicio de Urgencias y a los especialistas ya existentes (oftalmología, ORL y rehabilitación). Otros servicios se ofrecían por los equipos de apoyo: equipo de salud mental (ESM),

unidad básica de orientación familiar (UBOF) y unidad de salud buco-dental (USBD). Así mismo en el centro existían una serie de servicios comunes: radiología, toma periférica de muestras y fisioterapia.

Con posterioridad se han incrementado el nº de especialistas, con la finalidad de acercar los servicios a los ciudadanos, pero ello ha dado lugar a crear un problema de espacio, al no haber estado previstas estas consultas en la ampliación reciente.

En la actualidad en el centro de Ciudad Rodrigo se cuenta con las siguientes *Unidades de Apoyo de la AP*: UBOF, ESM, USBD y fisioterapia.

En cuanto a *especialidades* dependientes de Atención Especializada se cuenta con: Med. Interna, Traumatología, Obstetricia y Ginecología, ORL, Oftalmología, Cirugía General y Urología.

Existe además otros servicios como matrona y servicios veterinarios.

La dependencia institucional de todo el personal depende de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y de la Gerencia de Atención Primaria (AP) del INSALUD o de la Gerencia de Atención Especializada.

Como *medios diagnósticos* comunes existen: radiología básica y centro de extracción periférica de muestras para analítica.

En lo referente a *servicios socio - sanitarios* existe en la zona un trabajador social dependiente del INSALUD y trabajadores sociales de CEAS - Ayuntamientos.

Otros organismos que ofrecen prestaciones sociales son: Cruz Roja (transporte y teleasistencia), Asprodes (residencia y centros ocupacionales), Asociación de familiares de parálíticos cerebrales, ALCER y Asociación de Diabéticos.

*Residencias de ancianos*: Hospital de La Pasión, centro de gestión privada para válidos y asistidos, que cuenta con 115 camas de las cuales 40 son públicas por concierto con la Junta de Castilla y León. Residencia de San José, privada, para válidos y con 182 camas. Residencia mixta de la Diputación, pública, para válidos, asistidos y enfermos mentales, con 193 plazas. Residencia de Casillas de Flores, privada, para válidos, con 30 plazas. Residencia de Peñaparda, pública, para válidos y asistidos, con 9 plazas y Residencia de Agallas, pública, para válidos, con 12 plazas.

### **III) PROPUESTAS DE MEJORA DE LA ADSP:**

*Partimos del hecho de que por la situación de la comarca - alejada y fronteriza - y la población de la misma - envejecida y con renta per capita por debajo de la media nacional - debe considerarse a la zona de Ciudad Rodrigo como zona especialmente necesitada en inversiones en infraestructuras en general y en especial en servicios sociales y sanitarios. No entramos, porque no es el momento, si estas circunstancias son extensibles a otras zonas de la provincia.*

*Punto especial merece el sistema de comunicaciones, que es extensivo al resto de la provincia, absolutamente impresentable a comienzos del siglo XXI, y sin duda uno de los más deficitarios del país, que aleja a los pobladores de la comarca de los centros de servicios, incluido obviamente de los sanitarios. En este sentido cabe recoger aquí un planteamiento clásico de salud pública y es que en ocasiones una solución sanitaria puede ser una solución de obras públicas.*

*Nuestras propuestas las concretamos en cuatro apartados: reforzamiento de la atención primaria, mejora de la asistencia especializada, replanteamiento del tema de urgencias y mejora de las prestaciones socio - sanitarias. Las cuatro actuaciones son claramente interdependientes, por lo que pensamos que cualquier solución que olvide una de ellas está condenada al fracaso.*

***Es importante destacar que todas nuestras propuestas de mejora, en los apartados estrictamente sanitarios, pueden y deben llevarse a efecto contando exclusivamente con recursos públicos.***

### **1) Atención Primaria:**

Es el elemento básico sobre el que debe girar toda la atención sanitaria (Ley General de Sanidad.1986), que debe prestar una atención integral al individuo y a la comunidad, con un contacto directo, cercano y accesible al ciudadano y como elemento de entrada y racionalización del sistema sanitario.

En este sentido y para el caso concreto de la comarca de Ciudad Rodrigo, proponemos:

. *Reordenación de recursos humanos*, sin que sea necesario modificar el número. No es un problema de carencias en este punto, sino de distribución de recursos humanos.

. Exigir la cumplimentación de la *cartera de servicios* del INSALUD (listado de servicios que debe ofertar un centro de salud), con criterios de calidad como herramienta válida de trabajo. Dicha cartera de servicios debe conocerla la población. Los profesionales de AP deben asumir y resolver la mayor parte de los problemas de salud de la zona, lo que probablemente contribuirá a reducir las derivaciones a especialistas y al Hospital.

. Ofertar y en su caso exigir una correcta *formación continuada* de los profesionales, especialmente en los temas de cartera de servicios, actividades de grupo y preventivas y urgencias.

. Establecer una correcta y fluida *relación docente y asistencial con los especialistas* de la zona, con programas de formación, que tengan un seguimiento y evaluación periódicas.

. Elaboración de *actuaciones de equipo y programas consensuados*, específicos de la zona, teniendo en cuenta las características de salud de la misma.

. Desarrollo de *actividades preventivas* con la población, fomentando la educación para la salud, tutorizando grupos de enfermos crónicos, etc.

. *Puesta en común de aspectos generales de funcionamiento* entre los EAP de la zona, al compartir éstos servicios comunes. Deberían tenerse reuniones periódicas al menos entre coordinadores y responsables de enfermería de los distintos centros de salud.

. Agilizar y mejorar el envío de datos analíticos y facilitar la comunicación con los servicios hospitalarios de referencia.

. Potenciar los *Consejos de Salud* como elemento participativo básico, por ser el único órgano actualmente existente de información sanitaria y participación ciudadana, al margen de intereses que no sean estrictamente sanitarios

### **2) Atención Especializada:**

La existencia en el centro de la comarca de servicios especializados se justifica no por el tamaño de la población, sino por las características referidas de la comarca, con la finalidad de acercar estos servicios a la población. Cualquier servicio especializado que se oferte debe ser de igual calidad que el que se pueda ofertar en otras zonas y para ello deben estar suficientemente dotados y hacer un seguimiento continuado de la actividad que se presta. En cualquier caso parece evidente que no se podrán ofertar servicios que requieran ingreso hospitalario o aquellos de consulta externa solo existentes en servicios de referencia hospitalaria. En cualquier caso no deben mantenerse servicios especializados de patologías no prevalentes, ya que para mantener una alta calidad de

los mismos es preciso que exista una experiencia continuada en atención a dichas patologías.

Antes de hacer nuestras propuestas de mejora queremos denunciar la *degradación progresiva de los servicios ahora ofertados*: Así en Oftalmología existe una lista de espera actual de 4 meses, habiéndose aprobado la presencia de un optometrista que no ha llegado al centro. En Traumatología la lista de espera de espera es de 7 meses, no asumiendo urgencias y haciéndose un seguimiento básico solamente de crónicos y procesos degenerativos; hasta hace unos meses había dos especialistas y se asumían las urgencias. El ESM estaba compuesto por un psiquiatra con tres días de consulta, ahora hay dos pero con un día de consulta cada uno. En Cirugía General no hay dotación para hacer cirugía menor. En Odontología se precisa personal auxiliar y la lista de espera para extracciones está en dos meses. En Dermatología y Medicina Interna hay un gran retraso en las pruebas que se realizan en el hospital (por ejemplo para una ecografía abdominal la espera puede llegar a 6 meses); las muestras histológicas de dermatología se envían a anatomía patológica con un retraso considerable sobre las que se realizan en el propio servicio en dermatología del hospital. Hay un referente común en todos los casos y es que en ningún momento se ha tenido en cuenta a los profesionales del EAP, aunque solo fuera en las figuras de las direcciones de los equipos.

***Nuestra propuesta global parte del convencimiento de que están cubiertas las especialidades básicas y necesarias, pero deben dotarse de suficientes medios y mejorar la calidad de sus prestaciones.*** En este sentido proponemos:

- . Planteamiento conjunto con Atención Primaria de los problemas a abordar en la comarca
- . Indispensable que exista una *relación cercana y flexible, docente y asistencial de los especialistas con los EAP*, con reconocimiento económico y laboral, para hacer una asistencia integral.
- . Los especialistas deben asumir su carácter de complemento a la AP, con atención transversal de cada caso solicitado por aquellos y no autogenerarse revisiones médicas y perpetuar el seguimiento de pacientes. Esa no debe ser su labor porque además aumentaría considerablemente la lista de espera.
- . *Deben dotarse a las diferentes especialidades de espacios suficientes y adecuados*, ahora inexistentes.
- . Hay que dotar de los *medios de diagnóstico básicos* para cada especialidad, para evitar traslados a la ciudad. Por ejemplo un ecógrafo.
- . Se precisa de suficiente *personal auxiliar* para apoyo y eficacia en cada consulta.
- . Las lista de espera actuales no son asumibles. Para ello es preciso *cubrir las bajas o vacaciones con sustitutos; pactar las derivaciones con los EAP y valorar el tiempo de espera de casos concretos* mediante consultas directas primaria - especializada, evitando demoras administrativas.
- . Integración real de estas consultas como parte de la atención especializada hospitalaria y no como consultas aisladas, con apoyo directo en los problemas que se presenten.
- . *Seguimiento individualizado de cada consulta*, analizando su problemática y necesidades. Proponemos *reuniones periódicas* entre las direcciones médicas, coordinadores de los EAP, responsables de enfermería y especialistas.
- . *Dignificar el traslado en ambulancias* a consultas programadas hospitalarias, evitando la masificación, trasbordos, desvíos, tardanzas, etc.
- . Debe valorarse la incorporación de un Radiólogo, que serviría de apoyo para pruebas diagnósticas y que tendría una función primordial de apoyo a AP.

- . El servicio de rehabilitación debería tener una estrecha relación con AP para elaborar protocolos y actividades de fisioterapia en crónicos y patologías determinadas.
- . Valorar la necesidad de establecer una Unidad de Diálisis. Los requisitos deben ser de ofrecer igual calidad que la que se ofrece en Salamanca y ser de titularidad pública.

Hay algunos aspectos a mejorar tanto para la atención primaria como especializada y que nos parecen de gran interés. Son estos:

- . Potenciar el *desarrollo informático* de los centros. Indispensable en los tiempos que corren para facilitar todo tipo de relaciones entre niveles, acceso a información científica inmediata vía Internet, etc.
- . Utilización de *archivos centralizados*.
- . *Fomentar la participación* de los ciudadanos gestionando adecuadamente sus sugerencias y quejas y facilitando la información requerida en cada caso y no solo como cumplimiento de un derecho de aquellos, sino como un medio de elevar la calidad de las prestaciones sanitarias.
- . *Gestionar convenientemente la asistencia "a terceros"* y buscar la fórmula de que parte de los beneficios que se generen reviertan en recursos para la zona. Actualmente hay sectores, mutuas de seguros, que se aprovechan del sistema de asistencia público en el caso de accidentes de trabajo, accidentes de tráfico y otros.

### 3) Urgencias:

Es una de las principales inquietudes, compartidas por la población y los profesionales, con gran repercusión social y que necesita una mejora urgente.

***Nuestra opinión es que las soluciones parciales no serán suficientes y en este sentido pensamos que la solución pasa por establecer en la provincia un Servicio Integrado de Urgencias (con un teléfono único:112)***, que por cierto al parecer será una realidad próxima en algunas provincias de nuestra comunidad, pero del que de momento se nos priva a la nuestra.

Concretando y en la situación actual, proponemos:

- . *Formación continuada* del personal con pautas de atención claras y concisas, consensuadas, entrenadas y evaluadas.
- . Mejora del *traslado - derivación al hospital*: Se precisa práctica en soporte de funciones vitales y estabilización de pacientes, contacto rápido y eficaz con el servicio de urgencias hospitalario y disponer de ambulancia en los centros de salud. Es preciso la existencia de ambulancia asistida (UVI - móvil) con criterios estrictos de uso de la misma.
- . Facilitar el traslado urgente de los pacientes de los pueblos periféricos a Urgencias de los Centros de Salud.
- . Dotar de *espacio, instalaciones y material fungible suficiente*, los apartados dedicados a urgencias en los centros de salud. En el centro de salud de Ciudad Rodrigo hay actualmente una consulta de un especialista, una sala de inyectables y una sala polivalente, que colapsan el área de urgencia en el horario de mañana, sin permitir una atención adecuada si se requiere en esos momentos.
- . Intercomunicación entre los profesionales que salen del centro para avisos domiciliarios y los que permanecen en los centros de referencia. Los teléfonos móviles no tienen cobertura en algunas zonas, precisamente allí donde su uso es más necesario.

- . *Aumento del personal de guardia.* En el Centro de Salud de Ciudad Rodrigo se precisa de una enfermera más y posiblemente de un médico.
- . Utilizar *protocolos de utilización de fármacos* con suministro suficiente de medicamentos en monodosis.
- . Regular y coordinar con otros estamentos (guardia civil, protección civil, bomberos, etc.), la *asistencia a emergencias* en la zona.

#### **4) Atención socio - sanitaria:**

Consideramos éste un tema esencial por las especiales características de la comarca (población rural, envejecida, emigración de elementos productivos, escasos recursos económicos, etc.) y que ha sido el gran olvidado de todo el debate planteado sobre la asistencia sanitaria a la zona. En este sentido proponemos:

- . Dotación suficiente de *recursos humanos* (trabajadores sociales) y *económicos* para atender los programas sociales.
- . Exigir un *centro de acogida municipal* en Ciudad Rodrigo para transeúntes o personas que no se pueden desplazar a su domicilio y precisan de un cobijo en ese momento.
- . Crear *plazas públicas de residencias*, especialmente para asistidos, con criterios justos y transparentes de admisión.
- . Vigilar que los *centros concertados* prestan una atención de calidad a los residentes.
- . Extender la *ayuda domiciliaria*, que gestiona el INSERSO
- . Fomentar en los distintos municipios la formación de *casas de ayuda de día*, con apoyo en temas de alimentación, higiene y ejercicio saludable, sin necesidad de que tengan que salir de los pueblos.
- . Valorar el concertar *camas asistidas "de urgencia"* para casos especiales que en otro caso precisan ingreso hospitalario por razones más sociales que médicas.
- . Pleno desarrollo, por parte del personal de los EAP, de los programas de *atención domiciliaria a inmovilizados*.
- . Entrenamiento de los EAP en el *cuidado de enfermos terminales*.
- . *Incremento del nº de fisioterapeutas*, que permita realizar algunas labores asistenciales en este campo en los propios centros de salud, evitando de este modo viajes y derivaciones.
- . Fomentar el *asociacionismo de enfermos y afectados* como ayuda al tratamiento y reinserción social.

