

ANALISIS DE LOS NIVELES DE SALUD DE PALENCIA

por

ISIDRO BURON LOBO

Estimamos de gran interés el ocuparnos con cierta extensión, del análisis de la situación sanitaria de nuestra provincia por varias razones, entre las que se pretenden destacar dos:

- 1.—El conocer nuestra fisonomía sanitaria por parte de toda la población, además de por los profesionales Sanitarios, es importante, puesto que en la obtención de un buen nivel de salud intervienen varios factores personales que no sólo contemplan a los Sanitarios, sino también a la comunidad en general. Para conseguir buenos resultados en toda acción sanitaria, tenemos que lograr la participación positiva y activa de la población, para lo que ésta debe estar informada.
- 2.—La oportunidad de contrastar nuestras mediciones de salud (Sanimetría) con las otras zonas de nuestro país o con los otros países. Ello nos informará sobre nuestra posición relativa, y nuestros niveles sanitarios en relación a la de los demás.

Por otra parte, si la salud es uno de los bienes más importantes que podemos poseer, puesto que sin ella es difícil que podamos disfrutar del resto de los recursos que nos ofrece la vida, tanto materiales como intelectuales, no está mal que nos ocupemos de su estudio.

Pero, ¿qué es la SALUD?

Concepto difícil de definir, porque en la interpretación hay mucho de subjetivo, como podemos comprobar. Tradicionalmente se ha venido definiendo como "la ausencia de enfermedad"; concepto cuya ventaja es ser preciso, objetivable, pero que es simplista, elemental, ya que no contempla al hombre en toda su dimensión.

El hombre es un ser al que hay que contemplar de frente, pero también en longitud y en profundidad, ya que en él, podemos ver la vertiente física, la mental y la social. En base a esto, la OMS, de-

finió la salud como "el estado de bienestar físico, mental y social" y no solamente la ausencia de enfermedad.

Si bien esta es una definición bastante completa, tiene sus deficiencias, pues lo que pretendemos en este análisis, es, de alguna manera, cuantificar nuestra salud, y no es fácil medir razonablemente los niveles de bienestar, físico y menos todavía el mental y social. Para cuantificar la salud, para obtener una idea del nivel que disfrutamos, es preciso echar mano de indicadores útiles y objetivables.

También se ha definido la SALUD como "la perfecta adaptación del individuo al medio ambiente" y ello en base a la importancia que se da en la actualidad a la influencia del medio sobre el individuo. Contaminación y saneamiento, son palabras que están hoy de moda y que se manejan todos los días, no sólo por Sanitarios, sino por ingenieros, sociólogos, ecologistas, políticos, etc. Pero... tampoco siguiendo esta definición, podemos objetivar la salud, si pretendemos medir sus niveles.

Si la medicina ha llegado a saber mucho de la enfermedad, en cambio de la salud aún se sabe poco; por ello es difícil medirla o al contrario, es laborioso conocerla porque no es fácil medirla.

Lord Kelvin dice:

"Cuando podais medir y expresar en números aquello de que hablais, sabeis algo de ello".

Lo que sí podemos afirmar en lo referente a los niveles de salud de un pueblo, en este caso de Palencia, es que, el mismo, dependerá más directamente de su cultura y educación general y sanitaria y del saneamiento ambiental, que de su infraestructura médico-sanitaria, sin que pretendamos subvalorar esta.

Hoy se maneja mucho el concepto de SANIMETRIA, introducido por el experto sanitario Macchiavelo que lo define.

"como la ciencia destinada a medir, valorar y evaluar, los echos sanitarios susceptibles de ser expresados cuantitativamente".

Después de analizar todos estos conceptos no hay más remedio que llegar al conocimiento de que la medición positiva de la salud, es punto menos que imposible. Lo que sí podemos aspirar a medir, son las consecuencias derivadas de su pérdida (enfermedad o muerte). En definitiva, para medir la salud, tenemos que recurrir a la definición convencional de la misma: ausencia de enfermedad.

En 1953 se inició la primera tentativa para clarificar el problema, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, la OTI, UNESCO, FAO

y OMS; no consideraron posible su medición y propusieron “una definición y medición del nivel de vida” en la que se contemplarían los indicadores siguientes:

1. Salud
 - mortalidad infantil
 - mortalidad general y específica
 - infraestructura sanitaria de personal
 - material e instituciones
 - morbilidad general y específica,
 - etc.
2. Consumo de alimentos y nutrición
 - calorías “per capita”
 - promedio del consumo de proteínas totales
 - promedio del consumo de proteínas animales
 - etc.
3. Educación
 - alfabetismo
 - escolares de 5-19 años
 - universitarios por 100.000 habitantes
 - proporción maestros-alumnos
4. Condiciones de trabajo
 - El trabajo es un factor morbígeno
5. Vivienda
 - porcentaje de viviendas con agua potable
 - porcentaje de viviendas con sistema de evacuación de agua residuales
 - etc.
6. Vestido
7. Recreo y esparcimiento
8. Transportes
9. Seguridad Social
10. Libertad, etc.

He ahí toda una lista de parámetros que merecería la pena estudiar exhaustivamente, en relación con nuestra provincia.

Nosotros en el análisis que pretendemos realizar, estudiaremos

algunos de estos indicadores, y otros, relacionados con los recursos sanitarios disponibles.

Consideramos preciso antes de introducirnos en el estudio puramente sanitario, contemplar las características de la provincia que pretendemos estudiar, desde el punto de vista geográfico, demográfico, económico, etc. De este modo, vamos a disponer de una panorámica general, lo que nos permitirá ahondar mejor en el conocimiento sanitario, puesto que en la salud y enfermedad de una comunidad, influyen decisivamente los fenómenos geográficos, climáticos, económicos, sociales, demográficos, etc.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROVINCIA.

Palencia es una de las provincias más pequeñas de España, situada a caballo entre la Región de León y Castilla la Vieja, considerándose sus habitantes como castellanos, e integrada actualmente en el Ente Preautonómico de Castilla-León.

1. *Geografía, extensión y climatología.*

Limita al Norte con Santander, al Este con Burgos, al Sur con Valladolid y al Oeste con esta provincia y la de León.

Muy esquemáticamente, podemos distinguir varias zonas naturales:

El Norte o Montaña, la más alejada de la capital y que consta de tres localidades de gran importancia que son Guardo, Cervera y Aguilar de Campoo. Posee una extensión aproximada de 1.800 km. cuadrados que representan el 23 % de la extensión provincial. La población de esta zona es de unos 35.000 habitantes (21 % del censo de la provincia), que está bastante diseminada.

Es zona con bastantes espacios forestales y prados. Climatológicamente las nevadas son frecuentes en invierno, ocasionando problemas de comunicación con el resto de la provincia y con la capital, de la que dista unos 100 km. y supera la hora de recorrido hasta Palencia. Estas características de distancia e incomunicación climática han de valorarse, a la hora de planificar la asistencia médico-sanitaria; esa zona precisa de un mínimo de recursos, que evite desplazamientos.

Existe industria en Guardo, Velilla y Aguilar, así como minería en Guardo, La Peña y Barruelo de Santullán. Hay que citar además la ganadería.

Los Páramos.

Situados al Sur de la Montaña y Norte de Tierra de Campos, comprendiendo zonas naturales como La Vega, La Valdavia, El Boedo, La Ojeda, etc. Cuenta con poblaciones como Saldaña, Herrera de Pisuerga, Alar del Rey, etc.

La extensión es de unos 1.600 km. cuadrados (20 % de la provincia y la población de cerca de 24.000 habitantes (12 % del censo provincial). La riqueza es preponderantemente agrícola con cereales y patatas, existiendo también ganadería.

La Tierra de Campos, es una comarca situada al Sur de la anterior, con una extensión de cerca de 3.000 km. cuadrados (37 % de la extensión provincial). La población, excluida la capital, es de unos 45.000 habitantes, siendo fundamentalmente agrícola-ganadera, produciendo cereales, legumbres, remolacha, y productos alimenticios como leche, queso, etc., producto de su ganadería ovina y bovina. Destacan las localidades de Osorno, Frómista, Carrión de los Condes, Astudillo, Villada, Villamuriel, Paredes de Nava, etc.

En esta comarca se encuentra la capital, que tiene una población cercana ya a los 70.000 habitantes, con una dedicación predominante a la industria y los Servicios. Ubicada en el Sur de la provincia, aparece bastante excéntrica en relación al centro de la misma.

El Cerrato.

Zona situada en el Sureste de la provincia, con una superficie de 1.600 km. cuadrados (20 % del total) y una población de unos 26.000 habitantes, dedicada fundamentalmente a la agricultura y ganadería. Hay que mencionar en esta zona, las localidades de Venta de Baños (importante núcleo ferroviario) y Baltanás.

La actividad agrícola-ganadera de la población, en estas zonas, condiciona, en cierta manera, la morbilidad.

La extensión total provincial es de 8.017 km. cuadrados que hidrográficamente es recorrida de norte a sur por sus importantes ríos, el Pisuerga y el Carrión, en cuyas riberas se sitúan algunas industrias importantes. Por otra parte y entre ambos, discurre el Canal de Castilla, alimentado con las reservas de los embalses del norte, de unos 180 km. de longitud, que proporciona agua para el riego y

para el abastecimiento de numerosas localidades de Palencia y Valladolid. Igualmente hay que destacar los cinco embalses situados en el Norte provincial.

Desde el punto de vista climatológico, a toda la provincia se la incluye en el mismo clima de la Meseta, o sea, continental, con inviernos largos y fríos y veranos calurosos o templados. La pluviosidad es relativamente elevada en el norte, tendiendo a disminuir hacia el sur, en donde hay escasez de agua mitigada por la arteria que constituye el Canal de Castilla, citado más arriba.

2. Comunicaciones.

Es provincia bien comunicada y dispone de buenas vías, siendo cruzada por carreteras y ferrocarriles abundantes, que la unen con Santander, León, Burgos, Valladolid y Madrid. Constituye paso obligado en las comunicaciones entre Galicia y provincias Vascongadas, así como de varias provincias de la Meseta Norte, con estas dos regiones y también con Cataluña y Levante.

Las comunicaciones interprovinciales son en general aceptables.

Existe en el norte una carretera transversal (E. a W.) y un ferrocarril (La Robla-Bilbao); en la zona media hay dos carreteras transversales: Herrera-Saldaña y otra la N-120, que va de Osorno a Carrión, saliendo por el Oeste hacia León; en la zona Sur hay otras dos vías trasversales hacia Burgos y León. Longitudinalmente existe la carretera Guardo-Palencia, otra carretera menos importante por el valle del Valdavia y por último la Nacional 611 Palencia-Santander.

Por otra parte, dispone de los ferrocarriles Palencia-Santander, Palencia-León, Venta de Baños-Irún y Valladolid-Madrid. Dentro de la provincia, el tráfico de viajeros tiene lugar en dirección Norte-Sur, hacia la capital y la línea de autobuses lo hacen en este sentido, centripeto hacia Palencia.

El tráfico de importancia regional o nacional se encauza por la carretera de Burgos a Portugal, Palencia-León y Palencia-Santander.

Por último, las comunicaciones postales, telegráficas y telefónica son en general buenas.

3. Producción.

La economía es predominante agrícola-ganadera, si bien hay que citar ciertos sectores industriales entre los que cabe destacar:

—*Industria de la alimentación.* Descuella la industria galletera ya que es la primera provincia de España en este sector, con las fábricas de Aguilar de Campoo y Venta de Baños.

También es digna de citar la industria harinera con más de 30 fábricas y la producción azucarera que dispone de dos importantes factorías (Monzón de Campos y Venta de Baños). Igualmente son apreciadas las fábricas de queso, con un número de 30 en toda la provincia.

—*La industria minera,* merece destacarse, ubicada en el norte provincial y produciendo hulla, antracita y lignito.

—*La actividad textil,* es escasa con una fábrica de yute y escasa producción de mantas.

—*La industria eléctrica,* es también digna de destacarse ya que existe una central térmica en Velilla del Río Carrión, próxima a ampliarse sustancialmente y las centrales hidráulicas de los embalses del norte en Aguilar, Velilla, Camporredondo y Requejada.

En el presente tiene trascendental importancia la industria surgida en el triángulo Palencia-Venta de Baños-Villamuriel, constituido por el polígono de la capital, las industrias crecientes de Venta de Baños y la factoría automovilística de FASA-RENAULT, en Villamuriel, que ha proporcionado varios miles de puestos de trabajo propios y los que genere por inducción. En nuestro trabajo "Aspectos de la problemática sanitaria en relación con la industrialización de Palencia capital y municipios adyacentes", se trató de reflejar la problemática que esta industrialización ha creado desde el punto de vista sanitario, en cuanto a la mayor demanda y necesidad de servicios y en cuanto a problemas de infraestructura general de la zona y sus servicios públicos.

En resumen, la provincia es agrícola y ganadera de forma tradicional, si bien en los últimos años se ha creado una industria de cierta importancia en la capital y alrededores, en fase de expansión rápida, frenada quizá ahora por la detención que ha sufrido el sector industrial en todo el país, debido a la crisis económica nacional e internacional. La industria minera en regresión, puede volver a resucitar por la actual crisis energética, lo cual abriría nuevas perspectivas al norte.

Dentro de este apartado es importante contemplar el lugar que ocupa nuestra provincia en cuanto a producción, crecimiento de la renta, "renta per cápita", etc.

Según la publicación del Banco de Bilbao "Renta Nacional de España", Palencia es una de las cinco provincias que registraron mayor crecimiento de la renta en el bienio 1976-77 y ello es explicable si tenemos en cuenta que partíamos de una renta baja.

En el índice de capacidad de compras por provincia "per cápita" en 1977, Palencia figura en el puesto número 30 con un índice de 0,78, lo cual viene a decir que nuestros habitantes tienen una baja capacidad de compra en relación con la mayoría de las provincias.

La renta "per cápita" media nacional en 1977 era de 215.253 y la de Palencia era 212.149, ocupando el lugar 19.

En general podríamos afirmar que Palencia se encuentra económicamente hablando en un lugar medio bajo, si hiciésemos una tabla con todas las provincias españolas.

Estos hechos económicos de comunicación, industriales, etc., han de valorarse desde el punto de vista sanitario, puesto que el nivel económico influye en el cultural, de vivienda, alimentación, etc., y por tanto en el nivel sanitario de la comunicación, ya que en la casualidad de las enfermedades, inciden todos estos factores económico-sociales: La morbilidad y mortalidad es más elevada en las comunidades pobres. Por otra parte el conocimiento de las redes de comunicación es importante para planificar la asistencia y valorar los fenómenos epidemiológicos.

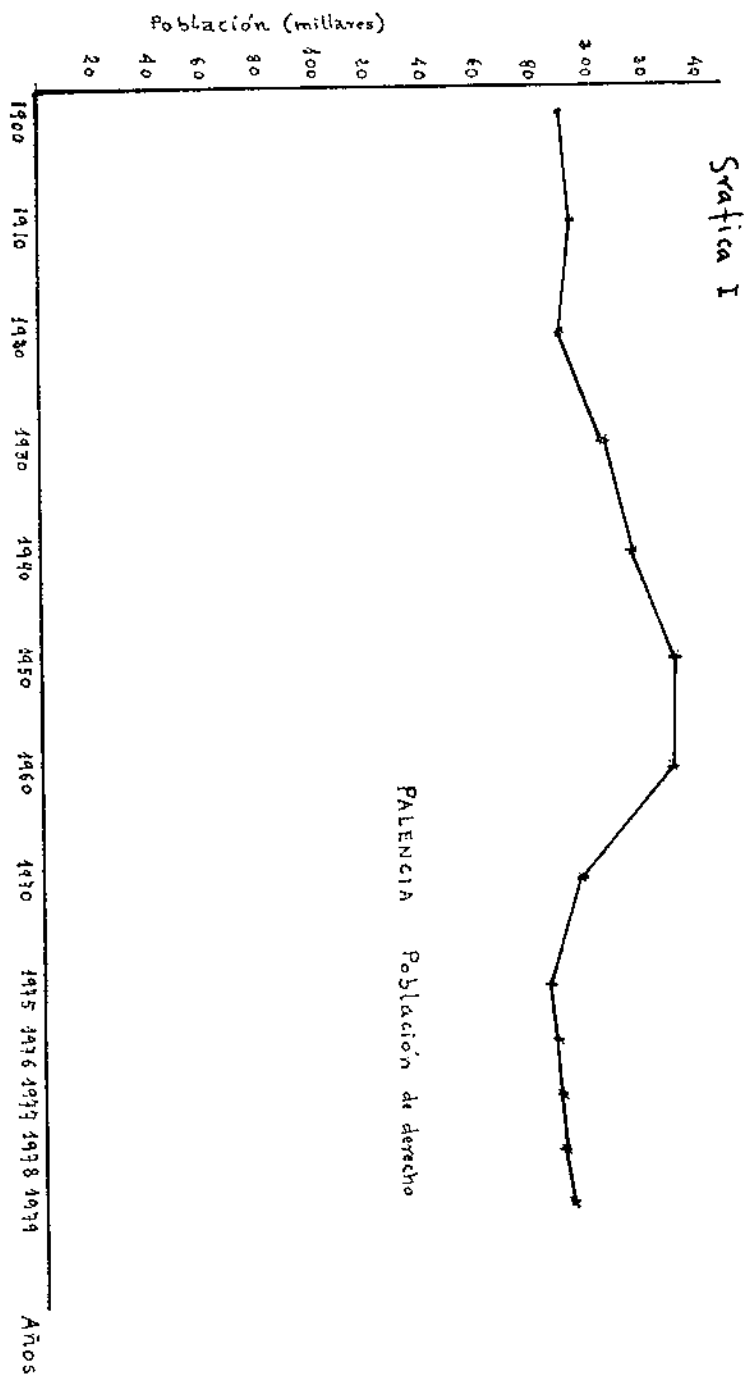
Es preciso destacar que Palencia ocupa el lugar 43 en cuanto a la producción en 1977, con 43.563 millones de pesetas.

4. *Consideraciones demográficas.*

El análisis de los datos censales, de las estadísticas poblacionales, es imprescindible en Salud Pública, ya que la población es el sujeto de las actividades sanitarias.

Cuantitativamente la evolución del número de habitantes ha sido claramente regresiva a partir de 1960 y sólo desde 1975, se ha observado una inflexión o recuperación de la curva descendente.

La disminución de la población ha sido debida fundamentalmente a la intensa emigración que ha sufrido la provincia, sobre todo desde el medio rural, hacia otras regiones españolas y al extranjero. Este fenómeno ha representado una enorme pérdida de material humano de gran importancia y trascendencia, cuyas consecuencias negativas para Palencia, desde el punto de vista económico, sociológico, etc., entendemos que son de tener en cuenta; e igualmente tiene consecuencias en el campo sanitario.



Se podría afirmar que la población palentina se encuentra en un período de declinación, que viene determinado sobre todo por tres factores directamente influyentes:

- emigración de la población joven
- baja tasa de natalidad
- baja tasa de mortalidad general

Estos factores unidos, condicionan el fenómeno demográfico que padecemos y que es el envejecimiento de la población, que produce diversas consecuencias sanitarias que deben valorarse.

Si analizamos dinámicamente la población en lo que va de siglo nos encontramos con las siguientes cifras, cuya representación gráfica se hace en el gráfico 1.

<u>Año</u>	<u>Población</u>
1900	192.473
1910	196.031
1920	191.719
1930	207.546
1940	217.108
1950	233.290
1970	198.763
1971	197.563
1972	195.159
1973	192.750
1974	190.335
1975	186.763
1976	188.473
1977	190.233
1978	191.807
1979	194.215

Observamos un incremento poblacional discreto en la primera década, para disminuir en la segunda, quizá influido por la pandemia gripal de 1918. Desde 1920 se registra un ascenso que alcanza su auge en 1950, para, a partir de aquí, iniciarse un continuo e ininterrumpido descenso que es discreto en la decena de los 50 pero que se intensifica en la de los años 60 y continúa hasta 1975.

El Anuario Estadístico de 1972, del Instituto Nacional de Estadística, en su capítulo de Población calculado en 1.º de julio de cada año (pág. 456 y siguientes) estima para los siguientes años:

1977	...	...	...	...	...	183.079 h.
1978	...	...	...	...	...	180.660 h.
1979	...	...	...	...	...	178.240 h.
1980	...	...	...	...	...	175.823 h.

y esto en base a que prevee una continuación de la emigración y por tanto una intensificación del descenso demográfico.

Afortunadamente las previsiones no se han cumplido y la industrialización de la capital y municipios cercanos, generando puestos de trabajo, ha detenido la emigración. Con la industrialización por la Factoría FASA-RENAULT, y a pesar de la regresión económica que estamos padeciendo, se está propiciando un importante empuje a la industrialización de la zona. Este fenómeno producirá una serie de consecuencias demográficas en la provincia en general y en la zona (triángulo Palencia-Villamuriel-Venta de Baños), en particular. Hay que tener en cuenta que son varios los miles de puestos de trabajo generados directamente por Fasa, más los inducidos (15.000 puestos en total?) y esto acarreará un incremento demográfico importante.

Efectivamente, ya a partir del censo provisional y estimado de 31-XII-1975, se empieza a detectar un incremento en el total provincial, en base fundamentalmente al aumento de la población de los municipios de Palencia capital y limítrofes.

Si la industrialización se consolida y por tanto el fenómeno demográfico, se cambia el signo de la población calculada por el Anuario Estadístico, hacia un incremento sustancial, que podría seguir el siguiente ritmo:

Para la zona de Palencia, Villamuriel, Venta de Baños, Fuentes de Valdepero, Magaz, Grijota y Villalobón:

1978	...	...	...	...	...	78.700 h.
1988	...	...	...	...	...	140.000 h.
1998	...	...	...	...	...	197.000 h.

Se prevee que en el total provincial, el balance demográfico negativo en el medio rural, será compensado y superado por el positivo de esa zona, pudiendo alcanzar en el año 2000, un censo global de 230.00 habitantes, como total provincial.

Analizando la provincia en general, se observa un desplazamiento de los habitantes desde el medio rural hacia la capital de la provincia y localidades importantes como Guardo, Herrera, Aguilar, etc. El aumento más importante y en consecuencia la mayor concentración se producirá en el área próxima a la capital, en base a

gentes procedentes del medio rural palentino y de otras, de fuera de la provincia.

Merece la pena detenernos brevemente en el análisis de la *estructura poblacional*, ya que si conocemos el volumen demográfico y su evolución, es preciso saber de su composición cualitativa. A este respecto el panorama ha sufrido importantes variaciones; si a principios de siglo la población palentina estaba compuesta fundamentalmente en base a habitantes jóvenes, a partir de la década de los sesenta y setenta, este tipo de población ha ido descendiendo a costa de un incremento importante de las poblaciones de más edad; es decir, que cada vez es mayor el porcentaje de gentes mayores de 60 o 65 años, operándose en consecuencia un envejecimiento de la población.

En este envejecimiento de la población han influido numerosos factores que inciden directamente en su estructura, tales como las tasas de natalidad, de mortalidad general e infantil, la expectativa de vida, etc.

Ha disminuído sustancialmente la natalidad y la mortalidad general e infantil, se ha ampliado la expectativa de vida (conquistas sanitarias importantísimas), y a ello se sumó la emigración (a base de gente joven fundamentalmente), desembocando todo ello en un desplazamiento irresistible hacia poblaciones más viejas.

Este fenómeno que comentamos se refleja como ejemplo, en el cuadro que exponemos a continuación:

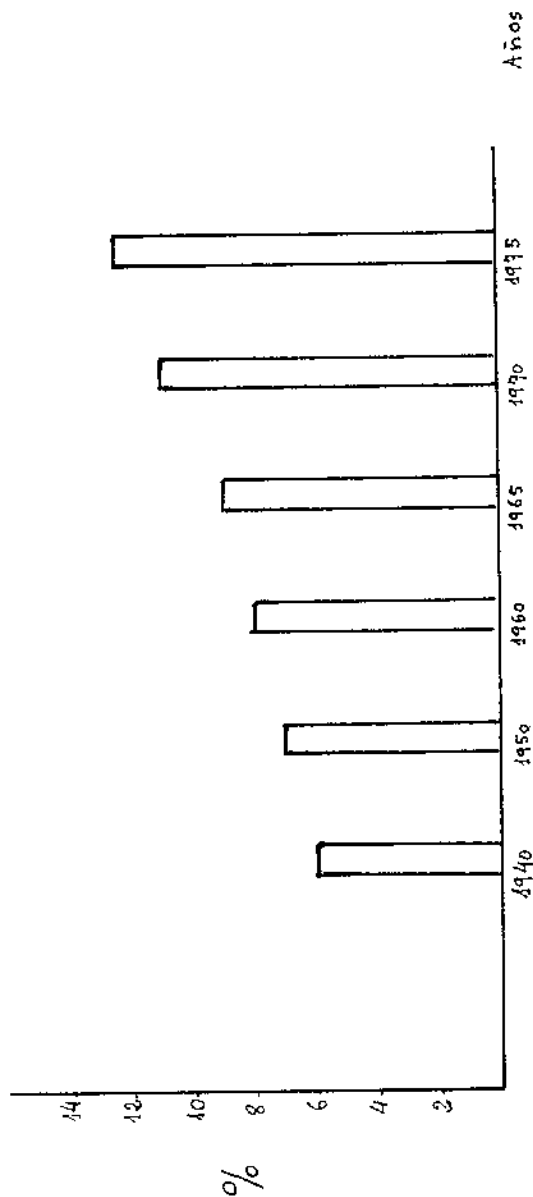
Años Porcentaje de edades

< 15 años 15-64 años > 65 años

Años	< 15 años	15-64 años	> 65 años
1940	33	61	6
1950	29	64	7
1960	30	62	8
1965	29	62	9
1970	26	63	11
& 1975	23,5	64	13,1

Representación grafica del % de población de mas de 65 años, y su evolución

Gráfica II



Este cuadro es muy demostrativo y se ve claramente como va disminuyendo el porcentaje de habitantes menores de 15 años, y desde 1940 a 1975 se duplica el de personas de más de 65 años (gráfica II). Se puede afirmar que si la pirámide de Burgdofer de 1900, relativa a la población palentina, tenía una amplia base y poca altura, propio de una población de tipo estacionario, la de 1920 representa una imagen con menos base que la anterior y altura más pronunciada y a partir de 1940 las pirámides se empiezan a ensanchar en su parte media por la disminución progresiva de la natalidad y de la mortalidad general y específica.

En los últimos años esta representación gráfica de los % de población en las distintas edades por sexos (Burgdofer), refleja una pirámide con base estrecha, ancha en la parte media y bastante alta y gruesa en la parte superior, propio de una "población en declinación".

Creemos que en un futuro a medio plazo, se observará un relativo incremento de la población joven y de mediana edad, debido al asentamiento de nuevas poblaciones que se producirá, como indicábamos antes, a consecuencia de la industrialización de la zona de Palencia y de la comarca Norte, en donde se espera un resurgir de la industria y reactivación de la producción minera de carbón, favorecida por la actual crisis energética mundial y nacional.

Si estudiamos la *composición por sexos* observamos un predominio de las mujeres. En el censo de 1975 (31 diciembre), había 92.247 hombres y 94.463 mujeres. Esto se explica por la mayor mortalidad masculina y, en el caso de Palencia, porque emigran más hombres que mujeres.

En cuanto al *asentamiento* predominante de nuestra población venimos diciendo que hay un trasvase importante de gentes del medio rural al urbano y poblaciones importantes (Guardo, Venta de Baños, Aguilar, Herrera, etc.), y en este fenómeno ha influido la industrialización de la capital. La falta de industrialización de la producción agrícola-ganadera, la mecanización del campo y exceso de mano de obra en este sector, la mayor atracción hacia zonas urbanas de vida cómoda y con mayores atractivos sociales de todo tipo, la emigración, etc., han favorecido esto.

En suma, podemos decir que se ha operado una disminución del total de la población provincial, sobre todo en la década de los 60 y primeros cinco años de los 70; que dicha disminución está detenida, y últimamente se observa un cambio en la tendencia, esperando un

incremento poblacional para los próximos años; y por último que el censo de la capital de provincia se ha visto incrementado constantemente desde primeros de siglo y últimamente el de otras poblaciones importantes de la provincia, por el abandono del medio rural y otros factores.

La densidad de población está muy por debajo de la media nacional y en 1970 se encuentra en una cifra similar a la de los primeros años del siglo: en 1900 hay 23,9 habitantes km. cuadrados y en 1970, 24,7.

Si nos hemos detenido en el estudio de las poblaciones es porque entendemos que el conocimiento de todos estos hechos demográficos que son, la evolución del censo, la estructura poblacional, su composición, asentamientos, etc., son imprescindibles para interpretar muchos factores sanitarios, e igualmente a la hora de programar cualquier planificación sanitaria, así como evaluar el nivel de salud que disfrutamos.

II. ESTUDIO DE LAS ESTADÍSTICAS VITALES O DEMOGRÁFICO - SANITARIAS.

Constituye el conocimiento de este apartado, una importantísima fuente de datos que nos propician una mejor información sobre numerosos aspectos sanitarios.

La natalidad y la morbilidad general son los dos factores más importantes que influyen en la dinámica demográfica; la primera proporcionando un incremento demográfico y la segunda, al contrario, restando al censo de las poblaciones. A estos dos factores hay que añadir otro fenómeno de gran trascendencia, las migraciones, que como hemos visto más arriba han influido decisivamente en nuestra provincia, por la fuerte emigración soportada.

Por otra parte, el conocimiento de la mortalidad general de un país, región o provincia, es una base fundamental, para juzgar su nivel sanitario.

Vamos a repasar los más importantes de estos fenómenos demográfico-sanitarios.

1. *Natalidad*

La tasa de natalidad es la cifra de nacidos vivos, referida a mil habitantes y en un año. Depende del equilibrio existente entre dos fuerzas socioculturales: las que favorecen la fecundidad y las que la obstaculizan.

Favorecen la fertilidad, aparte de factores instintivos, otros de origen sociocultural y religioso: el "crece y multiplicaos", las protecciones oficiales a las familias numerosas, la condena de prácticas anticonceptivas, etc., han sido elementos importantes a favor de una mayor natalidad. En contraposición, hay determinantes que obstaculizan la fecundidad y en consecuencia limitan la natalidad: la monogamia, el hábito nupcial, voluntad de limitar la descendencia, los mecanismos de que se dispone en la actualidad para conseguir la anticoncepción, etc., son factores a tener en cuenta. Además el

aborto, cada vez más extendido en la práctica, influye en la disminución de la natalidad.

En España la natalidad ha ido disminuyendo en lo que va de siglo, apreciándose diferencias urbano-rurales.

En nuestra provincia y desde principios de siglo, las tasas de natalidad y su evolución han sido las siguientes:

Años	Provincia	Capital	España
1901-1904	39,74	35,20	34,8
1911-1915	36,97	35,84	—
1921-1925	37,67	35,64	29,3
1931-1935	32,68	29,44	—
1941-1945	26,21	25,67	24,3
1951	24,07	24,24	—
1955	24,39	25,94	—
1960	21,36	26,56	21,6
1965	16,97	28,49	—
1970	14,55	33,85	19,5
1971	14,04	36,11	19,55
1972	13,49	36,50	19,37
1973	13,47	37,34	19,19
1974	13,02	35,15	19,43
1975	13,23	34,10	18,69
1976	13,91	39,66	18,41
1977	13,23	35,87	17,72
1978	14,20	38,40	17,21
1979	14,14	37,45	16,06

Ver gráfica III

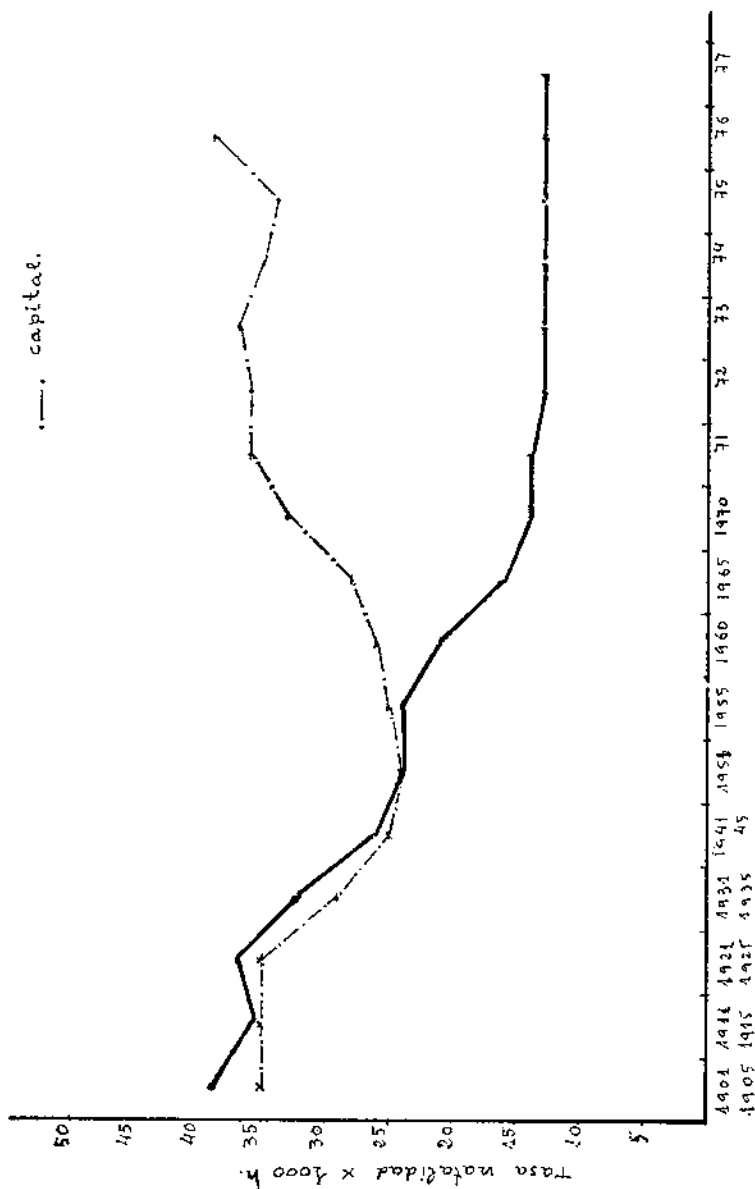
Se observa una constante disminución de la natalidad, si contemplamos la provincia en su totalidad. Esta constante baja, se intensificó aún más, a partir de 1960, coincidiendo precisamente con la emigración que sufrió nuestra provincia; efectivamente es lógico este fenómeno, puesto que emigra en general población joven de ambos sexos, comprendida en las edades fértiles biológicamente hablando, produciéndose en consecuencia el envejecimiento poblacional de que hemos hablado más arriba. Por último, el incremento constante del coste de la vida, el aumento del nivel cultural, etc., son otros tantos factores sociales que inciden en la baja de nuestra natalidad. A partir de 1975 la natalidad provincial experimenta incrementos muy ligeros.

Gráfica III

NATALIDAD. Evolución

— provincia

- - - capital.



Años

Si analizamos la natalidad en nuestra provincia y en la capital y las contrastamos, se observa, como hasta 1955 aproximadamente, sus cifras son comparables, pero a partir de entonces, desciende más cada vez la de la provincia y aumenta la de la capital; este fenómeno es debido a que desde esas fechas señaladas, da comienzo la tendencia a dar a luz en los hospitales y clínicas de la capital, con lo que la mayoría de los nacimientos son registrados en Palencia. Por ejemplo, en 1975 hubo un total de 2.428 nacidos, de los que 2.159 lo hicieron en la capital, o sea, el 88 %. Actualmente las disposiciones legales vigentes, permiten inscribir a los nacidos, en el pueblo de residencia de los padres, aunque nazca en la capital.

2. *Mortalidad General*

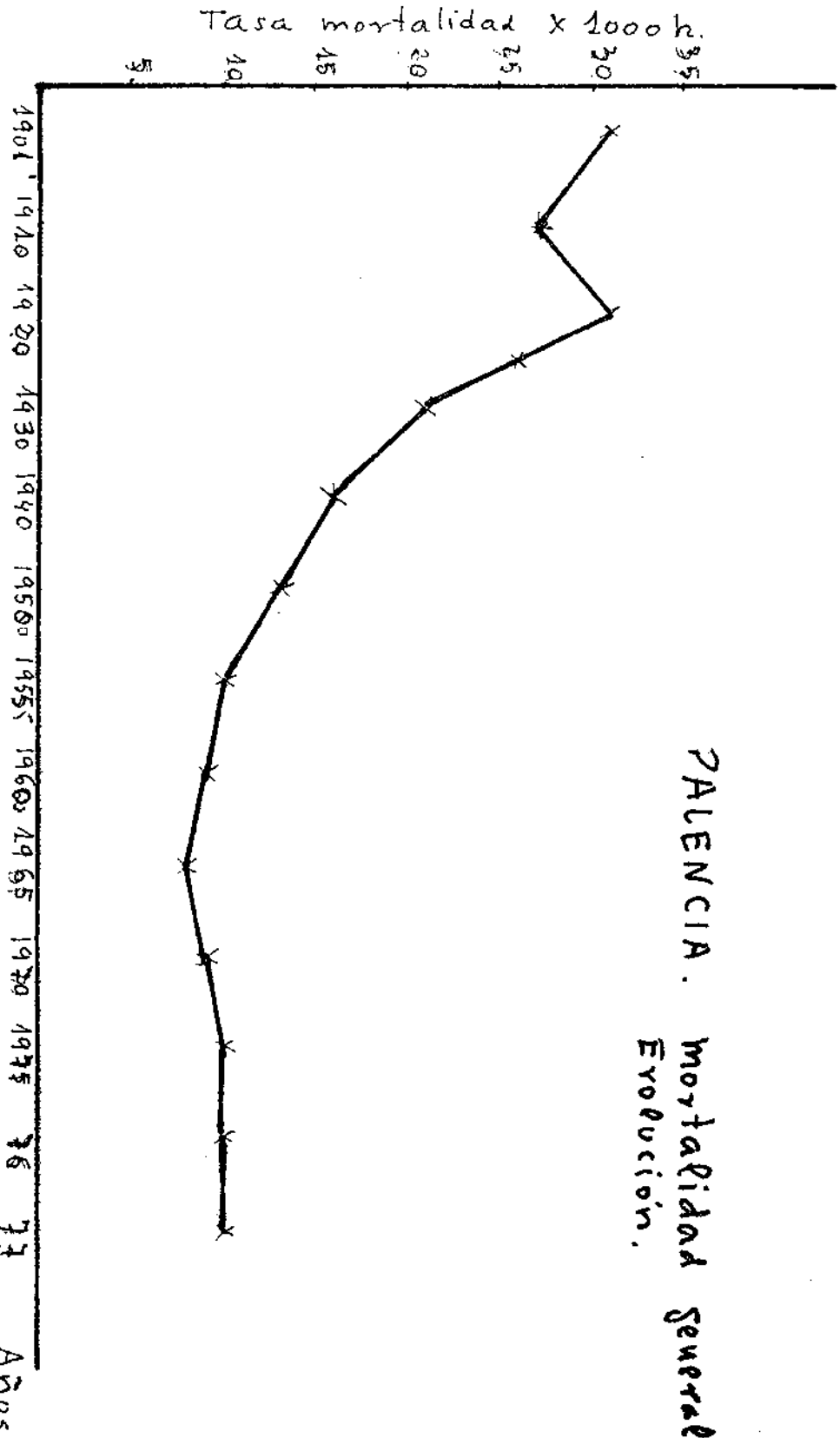
El número de fallecidos en una zona geográfica concreta (nación, región, provincia) y en un determinado período de tiempo, se expresa por una tasa referida a 1.000 habitantes y durante un año; esta es la tasa de mortalidad general.

Durante siglos la humanidad ha padecido una alta mortalidad y a edades tempranas de la vida, superando incluso a los nacimientos en ciertas zonas y en determinadas circunstancias de catástrofe o pobreza extrema. Sin embargo, en los últimos ochenta años (los del siglo XX) el descenso ha sido notorio, debido a muchísimos factores, entre los que el más importante es el dominio del medio ambiente adverso por parte del hombre; además el mejor nivel socio-económico, los medios sociales, cultural, etc., que han mejorado, han determinado un descenso de la mortalidad. Por eso esta tasa es significativa a la hora de juzgar sobre el nivel general de un país; es pues un indicador importante que siempre hay que analizar, si bien existen otros más significativos.

Teniendo en cuenta lo expresado más arriba, es evidente que se impone el estudio analítico de nuestras tasas de mortalidad general en Palencia y compararlas con las medias de España. Las cifras son las siguientes:

Gráfica IV

PALENCIA. Mortalidad General. Evolucion.



Año	Provincia	Capital	España
1901-5	31,11	35,51	28,4
1906-10	29,04	33,19	23
1911-15	27,33	36,00	
1916-20	31,36	41,49	23,3
1921-25	25,26	31,85	
1926-30	21,82	28,16	16,8
1931-35	20,89	27,35	
1936-40	18,71	28,93	16,5
1941-45	16,43	21,54	
1946-50	13,70	17,32	12,3
1955	10,99	13,50	
1960	9,83	10,73	8,6
1965	8,98	11,27	
1970	9,83	11,46	8,2
1975	10,13	10,72	8,1
1976	10,40	11,16	8,1
1977	10,39	12,66	7,75
1978	10,22	12,15	7,89
1979	10,51	12,15	7,79

Ver gráfica IV

Podemos hacer las siguientes consideraciones en relación con las cifras expresadas:

1. Desde primeros de siglo hasta ahora, se observa un constante descenso de la mortalidad, solamente interrumpido por una ligera inflexión que tuvo lugar en 1918, por la pandemia gripal que también nos afectó. La tasa ha disminuído de un 30 a un 10 x 1.000 habitantes.

2. Existe de forma constante, una mayor mortalidad en la capital que en el conjunto provincial, quizá consecuencia de una mayor salubridad general en la provincia y también porque muchos fallecimientos de habitantes de la provincia tienen lugar en la capital, en cuyos hospitales son ingresados.

3. Si comparamos la media provincial, con la media nacional se puede ver que nuestra mortalidad está siempre por encima de la nacional, lo cual indica que nuestras condiciones sanitarias, sociales, económicas, etc., son inferiores a la media de España, si bien pueden influir otros factores en estas cifras.

4. En la producción de este descenso operado en lo que va de siglo en la curva de la mortalidad de nuestra provincia, hemos de

reconocer que no sólo han influido los factores sociales, culturales, económicos, etc., citados más arriba, sino, y de forma importante, la mejora de las condiciones sanitarias y ambientales y muy significativamente el avance conquistado por las ciencias médico-sanitarias, así como una mucho mejor infraestructura de la asistencia médica, que cuenta con recursos mucho más eficaces.

3. Migraciones

El desplazamiento de nuestros habitantes y cambio de residencia a otros lugares del país e incluso fuera de España, es un fenómeno que nuestra provincia ha padecido desde hace bastantes años y que se intensificó en la década de los años sesenta hasta 1975, en que parece haberse detenido. El hecho de la emigración de nuestros habitantes ha venido impuesto por una serie de fenómenos sociológicos, económicos, técnicos, etc.:

—La difícil situación del obrero agrícola con jornales mínimos, inseguridad en el empleo, en un medio con escasez extrema de servicios sociales.

—El crecimiento industrial del país, que generaba demanda de puestos de trabajo mejor remunerados y más seguros, en un marco de mejores servicios sociales, sanitarios, etc., para ellos y sus familiares.

—La mecanización del campo, que ha generado un exceso de mano de obra en el medio rural castellano.

—La escasa rentabilidad de las explotaciones agrícolas de pequeño volumen, que han obligado a los propietarios a buscar otros medios de vida.

—La agresividad laboral, económica, social, etc., del medio rural, contrastó, al menos aparentemente, con la “bondad del medio urbano”, que ofrecía mejores perspectivas laborales, económicas, de vivienda, higiene, educación, etc.

Todos estos fenómenos y otros muchos que no comentaremos aquí, han motivado y originado el éxodo rural en toda la región castellano - leonesa y en Palencia en particular.

Ya vimos en los estudios demográficos, como a partir del censo de 1950 la población comienza a descender:

Los índices demográficos son los siguientes:

1951-55	... ..	—	5,13 %
1956-60	... ..	—	7,82 %
1961-65	... ..	—	11,43 %
1966-70	... ..	—	10,86 %
1970-75	... ..	—	6,06 %

Desde 1975 el balance comenzó a ser positivo, aunque muy levemente

El fenómeno que estamos estudiando, no sólo ha influido en el volumen del censo demográfico, sino, y sobre todo, en la composición cualitativa de nuestra población ya que la emigración se ha realizado en base sobre todo a los hombres y en las edades jóvenes de su vida, lo que ha producido una verdadera pérdida de potencial humano, cualitativa y cuantitativamente hablando.

Esto tiene su trascendencia en el campo de la patología, ya que hemos perdido a grupos humanos que padecen escasa patología: Los jóvenes; y nos hemos quedado con otros grupos cuya patología es más abundante, así que la consecuencia inmediata que se produce en la provincia emisora de emigrantes es:

- Población con mayor morbilidad y mortalidad.
- Disminución relativa del potencial humano más sano.
- Envejecimiento de la población.

4. *Envejecimiento de la población*

Es evidente que el hecho de un incremento cada vez mayor de las personas de edades más avanzadas se observa en todo el país, pero en nuestra provincia especialmente, debido a que los fenómenos que la provocan confluyen de forma clara.

Si analizamos la edad de los emigrantes palentinos podemos observar:

Edad de los emigrantes

<u>Años</u>	<u>Porcentaje</u>
< 19	20,3
20-24	25,0
25-29	20,0
30-39	27,4
> 40	7,3

Quiérese decir que la emigración que hemos padecido, se produjo sobre todo por una pérdida de población joven, productiva, en edad de nupcialidad y de procreación y en la edad, y esto es importante sanitariamente, en que padecen menos enfermedades de todo tipo, puesto que son las edades extremas de la vida las de mayor morbilidad y la vejez la de mayor morbilidad y mortalidad.

Valórese las consecuencias de que el 72,4 % de la emigración fue de personas comprendidas entre los 20 y 40 años de edad.

Si por otra parte tenemos en cuenta que muchos jóvenes que emigran, al final de su vida laboral vuelven a su punto de origen, a su medio, a su lugar de nacimiento, podemos explicarnos como el envejecimiento de nuestra población es intenso.

El siguiente cuadro refleja la distribución por edades de la población entre 1940 y 1970, en nuestra provincia

Edad (años)	1940	1950	1960	1970	1975
<15	32,78	29,50	30,64	25,98	24,50
15-64	61,26	63,41	61,25	63,01	63,25
65 y más	5,96	7,09	8,11	11,01	13,1

El hecho de que más del 13 % de nuestra población supere los 65 años, tiene una enorme trascendencia sanitaria, tanto desde el punto de vista preventivo como asistencial, aparte de las consecuencias económicas y sociales que igualmente habría que valorar: está surgiendo en Palencia la necesidad de promocionar la gerocultura y geriatría, así como las clínicas geriátricas.

III. ANALISIS DE LA MORBILIDAD Y DE LA MORTALIDAD

Es evidente que, conociendo el número de personas enfermas en una zona y en un período de tiempo determinado, sabiendo qué enfermedades afectan a esta población y los fallecimientos que se producen, tendremos una idea de los índices o niveles de salud en esa zona.

El estudio de estas estadísticas nos proporcionan datos útiles para juzgar los niveles de salud y el grado de riesgo a que está sometida nuestra población, si aceptamos que a mayor morbilidad y mortalidad, mayor riesgo existe.

1. *Morbilidad*

El estudio de la morbilidad presenta importantes dificultades debido a diversas causas. El conocer en cifras lo más exactas posibles, del número de personas, en una colectividad, que han sido afectadas por alguna enfermedad, durante un año, es difícil, pues:

—Se presentan cuadros clínicos que apenas si perturban el estado de salud y que, en consecuencia, no demandan asistencia médica, con lo que permanecen ignorados.

—Otros cuadros más aparentes son tratados por la automedicación, sin acudir al facultativo.

—La mayoría de las enfermedades no son de declaración obligatoria, con lo que no se elaboran estadísticas cuantitativas.

—De las enfermedades de declaración obligatoria, no todas son correctamente diagnosticadas por motivos imposibles de vencer y de las conocidas en su diagnóstico, no son declaradas a las autoridades sanitarias, más que una parte.

Por todas estas razones y causas, podemos decir que resulta imposible el conocer la morbilidad cuantitativamente hablando y ello sería muy útil, ya que permitiría planificar las necesidades sanitarias en personal, centros, etc.

Sería preciso conocer cuantitativamente:

—Las afecciones médicas.

—Las enfermedades quirúrgicas.

y dentro de ellas, los diversos procesos que son responsables de las mismas; sin embargo esto no lo vamos a estudiar en este trabajo.

1.1. *Morbilidad general cualitativa*

A fin de conocer, siquiera sea, de forma orientativa este dato, hemos realizado una encuesta entre los médicos que ejercen en la zona sur de la provincia, en la media y en la parte norte, encontrándonos con que en esta zona geográfica norteña, montañosa, más fría y húmeda, la morbilidad frecuentemente observada es en base a afecciones respiratorias, enfermedades cardiovasculares y reumatismos de muy variada clase. En la zona media del territorio provincial se registran procesos bronco-pulmonares, intestinales y reumatismos, si bien en menor frecuencia. En la zona Sur, y por este orden, son las enfermedades cardiovasculares, afecciones pulmonares y reumatismos.

La gripe y brucelosis son las enfermedades infecciosas más frecuentemente diagnosticadas.

1.2. *Morbilidad por enfermedades infecciosas de declaración obligatoria*

En este apartado estudiaremos las enfermedades que, en cumplimiento del reglamento de enfermedades infecciosas, se declaran y en consecuencia son tabuladas en los anuarios estadísticos.

Quizá sea preciso hacer algunas consideraciones previas para poder enjuiciar estas cifras con la máxima objetividad y sentido crítico; en este orden de cosas, tenemos que decir que los datos aportados, no reflejan la realidad porque, debido a diversas causas conocidas, no se declaran, ni con mucho, la totalidad de las enfermedades que ocurren, ya que algunas no son diagnosticadas, otras no se declaran aún diagnosticadas; existen enfermos que no acuden al médico, etc.

En este grupo de enfermedades hemos introducido en los últimos años, algunas que no son de declaración obligatoria por parecernos necesario el conocimiento de su incidencia al valorar su importancia como enfermedad y su trascendencia cuantitativa presumible y en muchos casos comprobable.

El estudio de las causas de muerte nos puede indicar igualmente las deficiencias en el campo de la salud y los remedios que se requiere poner en marcha.

En el cuadro que se inserta a continuación y comprendiendo los años de 1973 a 1979, reflejamos las enfermedades infecciosas, registradas en nuestra provincia.

Enfermedades transmisibles. PALENCIA. Total provincial por años.

ENFERMEDAD	A Ñ O													
	1973		1974		1975		1976		1977		1978		1979	
	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D	C	D
Fiebre tifoidea	40	—	41	—	12	—	11	—	7	—	14	—	8	8
Tuberculosis	157	—	78	—	52	—	36	—	39	—	22	2	18	—
Carbuncosis	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Brucelosis	264	—	235	—	141	—	50	—	54	—	86	—	53	—
Difteria	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Escariatina	54	—	20	—	3	—	3	—	1	—	3	—	3	—
Meningitis cerebro-espinal... ..	7	—	10	—	3	1	2	—	2	—	10	—	11	1
Varicela	355	—	524	—	300	—	229	—	1143	—	522	—	650	—
Sarampión	1314	—	2961	—	469	—	2138	—	1250	—	978	—	358	—
Reumatismo p. a.	75	—	96	—	20	—	41	—	22	—	50	—	17	—
Gripe	14579	—	13733	—	11513	7	13020	1	13279	2	11279	—	9561	—
Disenteria	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	18	—	—	—
Oftalmia neonatorum	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hepatitis vírica	—	—	—	—	109	—	76	—	39	—	38	—	54	—
Enterocolitis	—	—	—	—	1654	—	3366	—	2024	—	3735	—	3284	—
Poliomielitis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

La fiebre tifoidea se ha registrado predominantemente en el medio rural y no en la capital, debido a que los defectos del saneamiento todavía son más intensos en aquel medio, si bien en los últimos años, esto ha mejorado ostensiblemente; en los años que contemplamos ha ido disminuyendo la incidencia por esta enfermedad, aunque no llega a desaparecer, como sería de desear si valoramos que es una enfermedad prevenible completamente.

La tuberculosis todavía representa un problema sanitario importante y hemos de valorar que es la enfermedad infecciosa que produce la mortalidad más acusada.

La brucelosis que en los años anteriores a los estudiados, alcanzó niveles elevadísimos (de hasta 600 casos anuales), comenzó su declinación a partir de 1971-72, y ha ido descendiendo, durante este tiempo hasta 1979 con 53 casos. Ello puede deberse a distintos factores, entre los que se encuentran la escasez de población rural que no había sido afectada por la infección, el ligero mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias de las explotaciones agrícola-ganadera, la mejora de la vivienda rural, los cambios en los hábitos higiénicos, etc. Sin embargo, no debemos olvidar el peligro potencial de nuevas epidemias de esta enfermedad, porque el reservorio animal continúa o quizá se ha incrementado por el aumento de la ganadería provincial, lo cual, ante el eventual abandono de la higiene personal y de la alimentación (pasteurización de la leche y queso) representa un constante peligro, para toda la población expuesta.

Hay que destacar el incremento que hemos venido registrando en el número de casos de meningitis meningocócica que ha afectado a niños de corta edad, en edad preescolar y escolar.

Debemos fijarnos también en la gripe como enfermedad de gran frecuencia cuya importancia sanitaria, económica y laboral, no debemos olvidar, así como tampoco el que es una causa importante del fallecimiento en los individuos de la tercera edad, en la que deben adoptarse medidas preventivas (vacunación).

El sarampión como enfermedad que afecta a prácticamente toda la población infantil y que no está exenta de peligros y complicaciones, es enfermedad a tener en cuenta y que debe prevenirse en lo posible, para evitar a nuestros niños riesgos innecesarios; actualmente la vacunación que se realiza es de eficacia comprobada.

La hepatitis, si bien no es enfermedad de declaración obligatoria, la hemos estudiado, por la necesidad de conocer la importancia cuantitativa de proceso de tan gran transcendencia sanitaria y clíni-

ca. Se mantiene en cotas destacadas, en los últimos años y en su difusión influyen numerosos factores de transmisión, entre los que cabe citar el uso excesivo o abuso de prácticas terapéuticas por vía parenteral (inyecciones, etc.).

También nos ha parecido interesante registrar las enfermedades intestinales de probable origen alimentario, por consumo de alimentos pocos higiénicos y producidos por salmonellas, estafilococos, etc.; si bien no conocemos todas las producidas, son miles las que llegan a nuestro conocimiento distribuidas por distintos puntos de la provincia.

Igualmente de gran interés sanitario y epidemiológico es el conocimiento de las enfermedades venéreas; si bien no son de declaración obligatoria las hemos incluido en el estudio. Hemos detectado que afectan a población joven predominantemente.

Por último destacar que desde 1973, no se ha vuelto a detectar ningún caso de difteria, habiéndose declarado solamente uno de poliomielitis en 1977; esto nos evidencia el buen resultado que estamos obteniendo de las Campañas de vacunación, que se realizan.

2. *Mortalidad específica*

2.1. *Mortalidad por causas*

Ya conocemos las estadísticas de mortalidad general, de las que hemos realizado en páginas anteriores un somero análisis y valoración, comparándolas con la media nacional. En este apartado nos disponemos a estudiar la mortalidad específica y así conocer las causas o enfermedades de las que fallece nuestra población palentina. El conocimiento de las causas de mortalidad, nos posibilita para evaluar nuestros servicios sanitarios, su efectividad, e igualmente nos permitirá emprender con racionalidad las medidas encaminadas a la lucha contra las mismas y en consecuencia disminuir los riesgos y las muertes. El estudio de las causas de muerte nos puede indicar igualmente las deficiencias en el campo de la salud y los remedios que se requiere poner en marcha.

Desde hace unos años venimos recogiendo las estadísticas de mortalidad específica por meses, por causas y por edades; aquí analizamos solamente las causas y sus porcentajes. Son las siguientes:

CAUSAS DE MUERTE. TOTAL PROVINCIAL PALENCIA

La columna número expresa la cantidad absoluta de fallecimientos. La columna porcentaje expresa el % sobre el total.

Mortalidad específica: 1973

<i>Causas</i>	Número	%
Enf. infecciosas y parasitarias	20	1,07
Neoplasias malignas	306	16,40
Lesiones vasculares periféricas	239	12,81
Afecciones cardiorrespiratorias	541	28,99
Cirrosis hepática	26	1,39
Accidentes de motor	52	2,79
Otros accidentes	54	2,89
Caquexia senil	503	26,96
Diabetes	917	0,91
Otras causas	108	5,79
TOTAL	1866	100,00

1974

Enfermedades inf. y parasitarias	18	1,05
Neoplasias malignas	272	15,88
Lesiones vasculares periféricas	217	12,67
Afecciones cardiorrespiratorias	557	32,52
Accidentes de motor	56	3,27
Otros accidentes	42	2,45
Cirrosis hepática	26	1,52
Caquexia senil	359	20,92
Diabetes	22	1,28
Otras causas	144	8,40
TOTAL	1713	100,00

1975

Enf. infecciosas y parasitarias	67	3,26
Neoplasias malignas	351	21,68
Lesiones vasculares periféricas	295	15,67
Afecciones cardiorrespiratorias	699	34,77
Accidentes de motor	49	3,03

<u>Causas</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Caquexia senil	114	6,48
Diabetes	20	0,68
Otras causas	273	14,43
TOTAL	1897	100,00

1976

Enf. infecciosas y parasitarias	24	1,35
Neoplasias malignas	310	17,66
Lesiones vasculares periféricas	285	16,30
Afecciones cardiorrespiratorias	707	40,34
Accidentes de motor	77	4,42
Caquexia senil	86	4,90
Diabetes	14	0,82
Otras causas	248	14,21
TOTAL	1751	100,00

1977

Enf. infecciosas y parasitarias	43	2,28
Neoplasias malignas	311	16,54
Lesiones vasculares periféricas	302	16,06
Afecciones cardiorrespiratorias	788	41,91
Accidentes de motor	49	2,60
Caquexia senil	83	4,41
Diabetes	20	1,06
Otras causas	284	15,10
TOTAL	1880	100,00

1978

Enf. infecciosas y parasitarias	77	4,16
Neoplasias malignas	324	17,51
Lesiones vasculares periféricas	289	15,62
Afecciones cardiorrespiratorias	725	39,18
Accidentes de motor	52	2,81

<i>Causas</i>	Número	%
Caquexia senil	65	3,51
Diabetes	22	1,18
Cirrosis hepática	46	2,48
Otras causas	250	13,51
TOTAL	1850	100,00

1979

Enf. infecciosas y parasitarias	87	4,75
Neoplasias malignas	359	19,61
Lesiones vasculares periféricas	338	18,46
Afecciones cardiorrespiratorias... ..	621	33,93
Accidentes de motor	74	4,04
Cirrosis hepática	35	1,91
Caquexia senil	53	2,89
Diabetes	14	0,76
Otras causas	249	13,60
TOTAL	1830	100,00

En relación con las causas de muerte, se han de hacer las siguientes consideraciones:

—Las enfermedades que mayor número de muertos producen son las del aparato circulatorio que junto con las afecciones respiratorias representan más del 50 % de las causas de mortalidad.

Año	% muertes por lesiones vasculares periféricas + afecciones cardiovasculares.
1973	41,8
1974	45,1
1975	50,4
1976	56,6
1977	57,9
1978	54,8
1979	52,3

Si analizamos separadamente las lesiones vasculares periféricas más las afecciones cardiorrespiratorias, podemos ver como a partir de 1975 ocasionan más de la mitad de las muertes, con tendencia a subir hasta alcanzar el 58 % en 1977. (Esto lo comprobamos en el cuadro anterior).

Es pues clarísimo, que las enfermedades cardiovasculares (arteriosclerosis, hipertensión, cardiopatías coronarias, insuficiencia cardio-respiratoria, etc.), son la causa principal de muerte en nuestra provincia. Con este mismo fenómeno nos encontramos, si analizamos la mortalidad en España, y así la OMS ha estudiado las causas de muerte en 27 países entre los que está España y encuentra un fenómeno parecido.

—La segunda causa de mortalidad está representada por las neoplasias malignas que igualmente tienden a subir en sus cifras según podemos ver a continuación, al contemplar los datos desde 1973 a 1979.

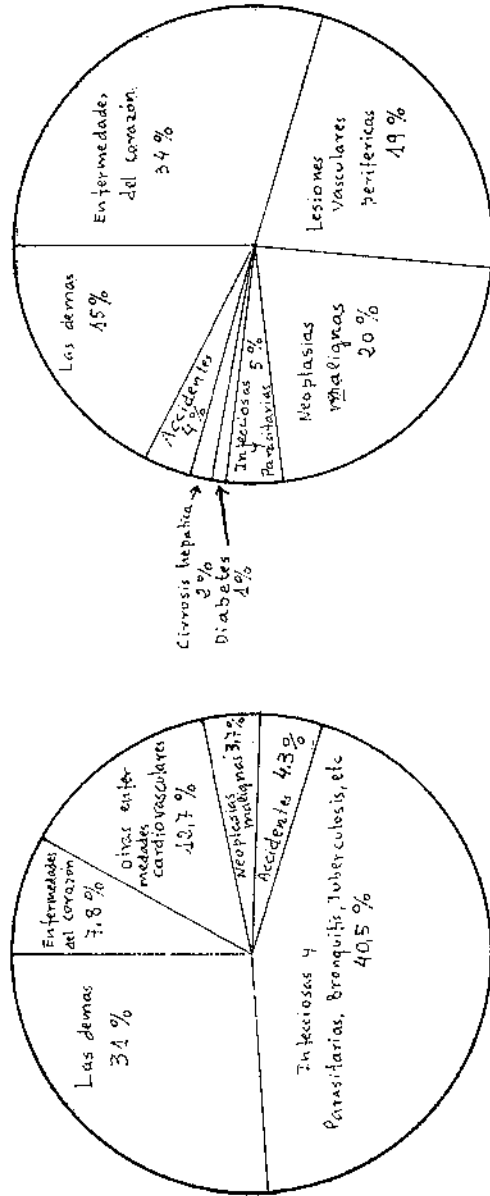
Año	%
1973	16,40
1974	15,88
1975	21,68
1976	17,66
1977	16,54
1978	17,51
1979	19,61

—Merece la pena destacar como causa importante de muerte los accidentes de motor que en los distintos años recogidos arrojan las siguientes cifras:

	%
1973	2,79
1974	3,27
1975	3,03
1976	4,42
1977	2,60
1978	2,81
1979	4,04

% de mortalidad en España en 1900 y en Palencia en 1979

Grafico V



España 1900 (aproximadamente)

PALENCIA 1979.

Si bien hay un descenso, cuyas causas desconocemos, en los años 77 y 78, en general la tendencia de la curva tiende a subir.

—Interesa también destacar que todavía las enfermedades infecciosas y parasitarias, son causas de muerte a tener en cuenta, siendo su incidencia la siguiente:

	<u>%</u>
1973	1,07
1974	1,05
1975	3,26
1976	1,35
1977	2,28
1978	4,16
1979	4,75

No es lógico que en los últimos años haya subido este grupo de enfermedades en su importancia en el conjunto de la mortalidad en nuestra provincia. Entendemos que ello se ha debido a fenómenos esporádicos y ocasionales, que no representan nada que tienda de forma fija y continuada a incrementar este tipo de muertes. Si bien nuestra media es más alta que la nacional, es de esperar que en los próximos años disminuya la importancia de las infecciones como causa de muerte.

La tuberculosis pulmonar es la enfermedad infecciosa que está en primer lugar a mucha distancia de las demás.

La cirrosis hepática y la diabetes, son enfermedades a tener en cuenta también, como causas importantes que producen defunciones, en edades relativamente tempranas de la vida.

—En el apartado “otras causas” se encuentran grupos de enfermedades no citadas anteriormente que son menos frecuentes, y muertes producidas por procesos no diagnosticados.

—El espectro de la mortalidad en la provincia ha variado completamente y es semejante al del resto de España y asimilable al de los países desarrollados, predominando de forma muy ostensible, las enfermedades crónicas sobre las agudas e infecciosas, que eran las principales causantes de muertes en las primeras décadas de este siglo.

Creemos que el conocimiento de estos fenómenos sanitarios es de gran importancia en el momento de pensar en la programación de la actividad sanitaria-asistencial en un sentido preventivo.

En el gráfico V se intenta representar el % de las causas de muerte en 1900 y en 1979. El ejemplo vale para Palencia, puesto que las cifras son comparables. En 1900 las enfermedades del corazón y de los vasos, causaban el 20 % de las muertes; en 1979 ocasionan más del 50 %. Los cánceres apenas si producían el 4 % en 1900, frente al 20 % en 1979. Las enfermedades infecciosas y parasitarias eran la principal causa de mortalidad (40 %) y ahora sólo representan el 5 % escaso.

Ha cambiado completamente el espectro de la mortalidad y esto hay que tenerlo en cuenta a la hora de la acción sanitaria preventiva y curativa que se pretenda programar en nuestra provincia.

2.2. *Mortalidad infantil.*

Está muy relacionada con el desarrollo y eficacia de los servicios sanitarios, siendo un índice muy sensible de aquél.

En este apartado vamos a referirnos a la mortalidad infantil legal, ya que en España sólo se considera vivo legalmente al recién nacido que ha cumplido 24 horas. Se debería conocer y estudiar la mortalidad infantil biológica, pues biológicamente desde el momento de nacer hay un ser nuevo que inicia una vida propia e individual.

No vamos a estudiar aquí la mortalidad prenatal e intranatal o intrapartum (la mortinatalidad comprendería ambas), ni la mortalidad neonatal precoz (hasta los 7 días). Tampoco evaluaremos la mortalidad perinatal (total de muertos fetales de más de 28 semanas de gestión o pesando más de 1.000 grs. al nacer, más los recién nacidos fallecidos en el período neonatal precoz (7 días).

La mortalidad infantil a que nos referimos en este momento expresa el número de fallecimientos entre los niños mayores de 24 horas y menores de 1 año, por cada 1.000 nacidos vivos.

El hecho de tomar como límite el primer año de vida es debido a que esta época es la más peligrosa para la vida humana y en ella, ante cualquier enfermedad, si no se somete al niño precozmente a un tratamiento adecuado, corre más peligro su vida; por otra parte en este período cobra especial importancia la prevención de enfermedades, para evitar a este grupo de población el padecimiento de las mismas y el riesgo de muerte. De aquí se desprende que la tasa de mortalidad infantil es un índice muy sensible que expresa el desarrollo y eficacia de los servicios sanitarios tanto preventivos como curativos.

La tasa de mortalidad infantil es muy expresiva del nivel sanitario de un país, si tenemos en cuenta que el primer año de vida constituye una época de alto riesgo que sólo es vencido en los países o regiones de muy buenos sistemas asistenciales y en donde los factores socioculturales contribuyen a la protección de la vida del niño.

Pues bien, si analizamos las cifras de nuestra provincia y las comparamos con las de España tenemos:

MORTALIDAD INFANTIL (por mil nacidos vivos)

AÑO	PALENCIA	ESPAÑA
1930	263	—
1940	136	109
1950	106	64
1960	61	35
1970	35	26,5
1971	26,31	24,3
1972	34	21,5
1973	37	20,1
1974	39	18,5
1975	32	18,88 *
1976	31	17,10
1977	28	16,00
1978	26 &	15,10
1979	24 &	13,20

& Cifras provisionales

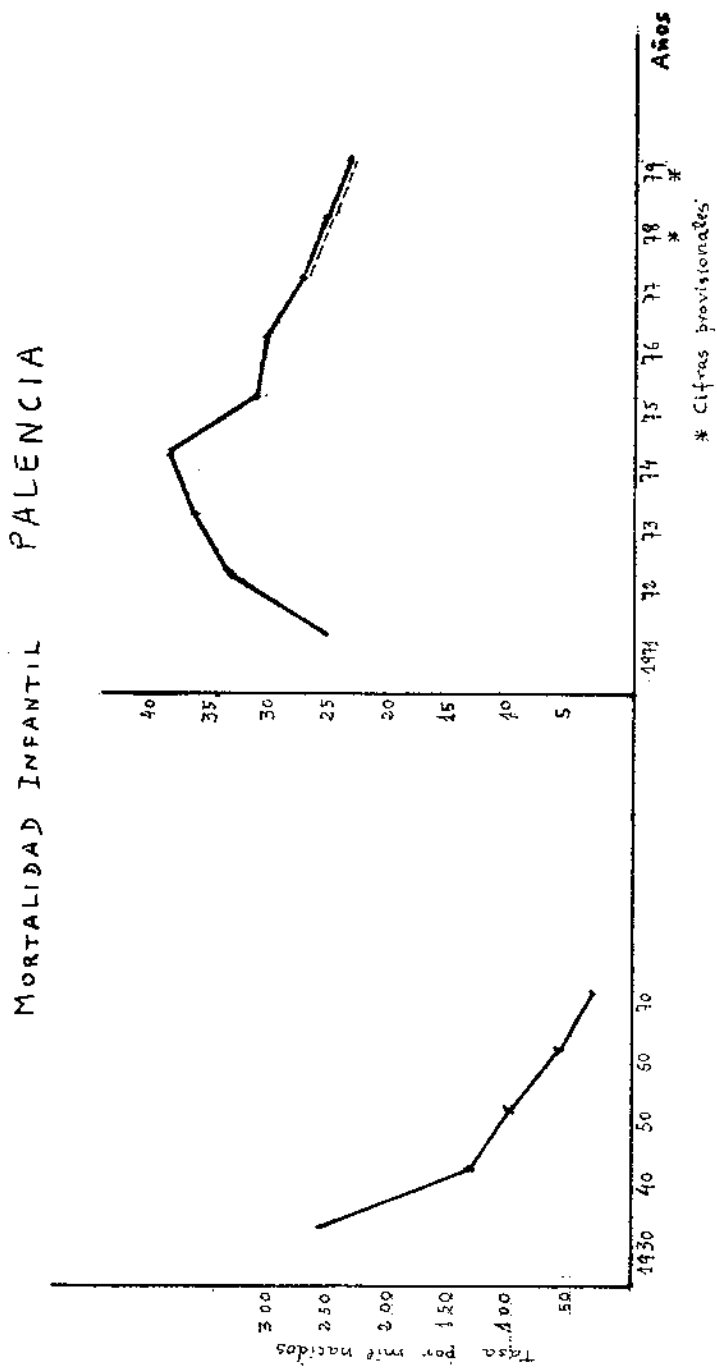
Palencia ha sido una provincia con una tradicional alta tasa de mortalidad infantil y siempre por encima de la media nacional, de forma que en muchas ocasiones ha ostentado el primer puesto como provincia de mayor mortalidad infantil.

En el Boletín Epidemiológico del M.º de Sanidad núm. 1406 de la semana 45 (4 al 10 de noviembre de 1979), se realiza un análisis de la mortalidad infantil en España, referido a 1976 y figura Palencia como la provincia con más alta tasa de España (31,33), siguiéndole Lugo (29,08), Salamanca (26,28), Avila (25,84), Zamora (28,83), Orense (22,72), etc.

Lo primero que nos preguntamos es por las causas que han ocasionado esta tasa tan alta. No entra en el proyecto de este trabajo el realizar un estudio exhaustivo de este concreto problema, pero si podríamos añadir que entre las múltiples causas de la mortalidad

* A partir de 1975 se incluyen los fallecidos durante las primeras 24 horas.

Gráfico VI



de los niños cabe destacar: factores sanitarios, y dentro de éstos de prevención y asistencia médica, tanto extrahospitalaria como hospitalaria; factores económicos de nivel de vida, que inciden sobre la alimentación y nutrición de la familia y por tanto de los niños, influyendo también sobre las condiciones de la vivienda que tanta trascendencia e importancia representa en la producción de enfermedades; factores socio-culturales que van a condicionar directamente sobre el modo como la madre protege al niño y así, actuará sobre su régimen de vida, alimentación, normas de higiene, vacunaciones, etc.

La asistencia pediátrica es uno, entre tantos factores, que pueden incrementar o disminuir la mortalidad infantil, pero no el único, porque en la multicausalidad de las enfermedades, tienen tanta importancia los factores extramédicos antes citados, como los propiamente médico-sanitarios.

En la distribución capital-provincia, se presenta la mayor cifra de la primera, debido a que muchos niños del medio rural, con afecciones graves, vienen a ingresar en los hospitales de Palencia, donde se produce el óbito de los casos graves, a veces inevitablemente.

En general el nivel de nuestra provincia actualmente no se puede considerar bueno, en relación a la media del país. En el gráfico VI se representa la mortalidad infantil de Palencia desde 1930 a 1977. En los últimos años se inicia un descenso que parece significativo y que esperamos continúe.

2.3. *Mortalidad proporcional.*

Pretende indicar o recoger este concepto, el porcentaje de muertes, en relación con la edad de los fallecidos. En un país debidamente desarrollado, la mayoría de las defunciones se producen en personas que han alcanzado ya, edades altas, ya que la expectativa de vida es igualmente dilatada.

El índice de Swaroop señala la relación de fallecidos mayores de 50 años, con lo que expresa el grado de mortalidad precoz. Para disponer de algún ejemplo demostrativo, diremos que en Suecia el índice es de 91, en Guatemala es de 22,4; o sea en Guatemala el 77 % de las muertes se producen en personas menores de 50 años y sólo el 22,4 en los de más de esta edad.

En España actualmente este índice roza la cifra del 90.

En Palencia los datos obtenidos desde 1977, extraídos de las estadísticas de mortalidad de que disponemos, son las siguientes:

<u>Año</u>	<u>Índice de Swaroop</u>
1977	87,71
1978	88,91
1979	87,80

El conocimiento de estas cifras se puede valorar como un buen indicador sanitario del desarrollo, pudiendo decir son bastante aceptables, puesto que son comparables a la media nacional y a la de los países europeos. La mayoría de las personas mueren a una edad superior a los 50 años (el 90 %), e indica que la infraestructura social y sanitaria es aceptable y podríamos decir que bastante buena, aunque siempre mejorable.

IV. RECURSOS SANITARIOS

Entendemos de trascendental importancia el adentrarnos, si quiera sea de forma breve, en el análisis de nuestros bienes sanitarios, o sea, de todos los medios que poseemos para atender las demandas sanitarias que se producen en nuestra población. Conociendo estos extremos, estaremos en condiciones de juzgar, si los recursos, tanto sanitarios como de personal, se encuentran adecuadamente planificados y ordenados y en consecuencia, bien utilizados, o, por el contrario, es necesario un planteamiento nuevo respecto de su organización funcional en orden a obtener con los mismos, el máximo rendimiento social y en salud.

Vamos a contemplar por separado los recursos de personal y los de Centros Sanitarios y Asistenciales.

1. *Personal Sanitario*

Los recursos de personal sanitario son sin duda los más trascendentes e importantes y no pueden olvidarse a la hora de concebir una planificación sanitaria, pues aunque dispongamos de recursos económicos, nada podemos organizar si no contamos con personal suficiente y bien formado.

El personal sanitario es la base, el fundamento para poder contar con un sistema asistencial adecuadamente concebido desde el punto de vista técnico. Con él hemos de contar a la hora de la planificación, la ordenación y la ejecución de la asistencia médico-sanitaria. Constituye este sector el eslabón fundamental de la cadena asistencial, por lo que necesitamos conocer aspectos cuantitativos y cualitativos que nos permitan juzgar sobre su número, funcionalidad, rendimiento, etc., si los comparamos con los modelos universalmente aceptados, para evaluar los niveles de salud (mortalidad, morbilidad, etc.).

1.1. Médicos

Consideramos que el personal médico constituye la base fundamental de la organización de la asistencia médico-sanitaria; el médico es el profesional sanitario que aglutina la acción tanto preventiva como curativa, que va dirigida a la persona o la colectividad, ocupando en general el papel central en todos los sistemas sanitarios. Es por ello importante, contar con un número suficiente, debidamente cualificado y distribuido en las distintas áreas del sector sanitario.

En España el número de médicos se ha incrementado notablemente en los últimos años de forma que en 10 años, casi se ha duplicado. En 1969 había 44.102 médicos y en 1978 estaban colegiados 75.081, calculándose que en 1980 pasa de 80.000. En términos genéricos podemos decir que estas cifras equivalen a 2,2 médicos por cada 1.000 habitantes o un médico para cada 450 personas, cifras que nos sitúan entre los países del mundo mejor dotados cuantitativamente de personal médico.

Podemos afirmar que, con nuestro actual grado de desarrollo económico y social, no resulta fácil mantener más de 1 médico por 1.000 (mil) habitantes, lo que significa que una parte del excedente, son víctimas del paro. La sociedad no podrá soportar la carga que supone tal número de médicos.

Hay que decir que no es fácil ni conveniente hablar de unas cifras rígidas que determinen el número de médicos que necesita un país o una colectividad, ya que este número es variable y depende de muchos factores, como pueden ser los recursos y medios sanitarios existentes, el entorno social, el nivel cultural que determina el grado de demanda de asistencia, etc.

En relación con el número de médicos, también hay que destacar que el sistema sanitario no se soluciona con una mayor cantidad, sino con una mayor productividad del personal y una equilibrada disposición y utilización de los recursos materiales.

En Palencia ha ocurrido un fenómeno parecido al del resto de España: se ha incrementado el número de médicos ostensiblemente por varias causas entre las que están la plétora nacional, la mayor admisión de este personal por los hospitales que han aumentado sus plantillas, etc. En agosto de 1980 el número de colegiados en ejercicio era de 399 médicos, de los que 236 residen en la capital y el resto, 163, en la provincia, salvo error u omisión.

Con estas cifras, en relación con el censo de la provincia al 31-12-79, corresponde 2,05 médicos por cada 1.000 habitantes o 486 habitantes por médico.

Si pretendemos realizar una valoración analítica podríamos decir:

—El número de médicos en Palencia está en cifras comparables al del resto de España y de los países desarrollados económica y sanitariamente.

—Quizá existe un exceso de médicos en el campo de la medicina general rural y un déficit en la asistencia ambulatoria y hospitalaria, que debería dotarse de nuevos servicios, con el personal médico especializado correspondiente.

—Existe una deficiencia en el número de odonto-estomatólogos, si calculamos que, según las O. M. S. deberíamos de contar con uno por cada 5.000 habitantes, necesitando por tanto unos y otros 15-20 estomatólogos.

—Se detecta una escasez de facultativos especialistas en medicina preventiva, organización y asistencia sanitaria y epidemiólogos.

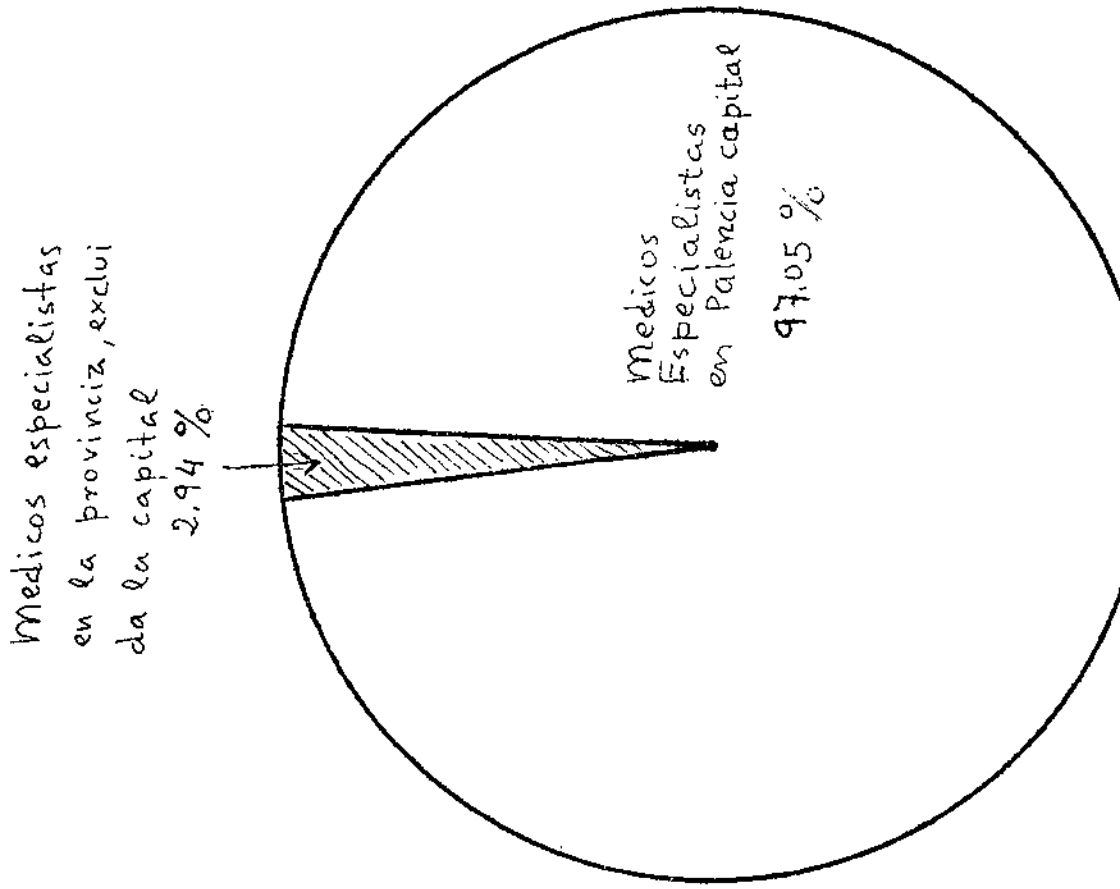
Se debería de tender a realizar un trasvase de personal médico, desde la asistencia primaria rural hacia la asistencia secundaria y terciaria. Ello es compatible con la potenciación y buena organización de aquélla, medida urgente a adoptar por otra parte, si queremos contar con una idónea y adecuada asistencia médico-sanitaria.

En la provincia hay un médico para cada 762 habitantes, lo cual representa un exceso, si valoramos que prácticamente todos ejercen la medicina general (cifra óptima en esta especialidad es un médico por cada 1.000 habitantes aproximadamente) y que esta cifra es la media aritmética, puesto que en la realidad, hay partidos médicos con 200 (doscientos) habitantes o menos, lo cual representa un derroche de personal, con muy escasa rentabilidad social.

En la capital con 69.870 habitantes, están el 60 por 100 de los médicos, fenómeno lógico si tenemos en cuenta que la mayoría son especialistas, cuya función es tributaria a los habitantes de toda la provincia. Hay 22 médicos de medicina general lo cual representa un médico por cada 3.175 habitantes, claramente insuficiente, Si bien a estos hay que sumarles los seis pediatras de zona existentes, contando los cuales corresponderían a un médico por cada 2.495 habitantes para la asistencia de medicina general y pediatría domiciliaria, que continúa siendo una cifra baja.

Gráfico VIII

% de especialistas médicos en capital y provincia.



Otro aspecto a destacar y muy demostrativo es el conocimiento de la tasa de especialistas médico-quirúrgicos por 1.000 habitantes, las cifras son las siguientes:

Tasa de especialistas por 10.000 habitantes

Total provincial	7	x 10.000 habitantes
Total provincia, sólo	0,32	x 10.000 habitantes
Total capital sólo	18,8	x 10.000 habitantes

O sea el 97,05 % de los especialistas ejercen en la capital y sólo el 2,94 lo hacen en la provincia, deduciendo que es prácticamente inexistente la asistencia de segunda línea en los pueblos importantes de la provincia, sobre todo del norte, donde debería haber algunas especialidades tales como Pedriatría-Puericultura, Odontología, Tocoginecología, etc. En el gráfico VII se expresa este hecho de forma clara.

Pediatras existen 15 en toda la provincia lo que supone un 3,75 por 100 de todos los médicos, cifra claramente insuficiente que debe ser al menos duplicada para poder disponer de una adecuada asistencia preventiva y curativa en pediatría-puericultura. La media de España es del 9 % sobre todos los médicos.

Solamente el 34 % de todos los médicos de la provincia ejercen especialidades, lo que supone un índice relativamente bajo. Más del 50 % de los médicos son de medicina general.

En suma podemos afirmar que padecemos un exceso de médicos en ciertos sectores de la asistencia y una escasez en otros y que deberíamos de ajustar estos desequilibrios para alcanzar una asistencia más eficaz y fluida. Poseemos suficientes médicos, pero mal distribuidos en la provincia y con desequilibrios en el número de las diferentes especialidades. El ajuste correspondiente no debe generar paro en este sector profesional, si se realiza paulatina y ordenadamente.

1.2. A. T. S. y Matronas

El personal auxiliar sanitario titulado, es considerado un eslabón de la cadena asistencial imprescindible, tanto para la asistencia primaria y secundaria como para la hospitalaria, en donde el A. T. S. es una pieza básica, sin la cual, no puede funcionar adecuadamente un centro hospitalario.

Según el informe FOESSA de 1978, en España existe un claro déficit de enfermeras, correspondiendo un A. T. S. por cada 1.760 habitantes.

En Palencia y en fecha de agosto 1980, existían 450 A. T. S. colegiados, si bien alrededor de 50 no residen en nuestra provincia, por lo que serían 400. Esto representa un A. T. S. por cada 485 habitantes o 2,05 A. T. S. por cada 1.000 habitantes, lo cual no confirma, para Palencia, los datos facilitados por el informe FOESSA, disfrutando de cifras mayores.

De éstos, 297 A. T. S. ejercen en la capital y unos 51 en la provincia, fenómeno debido a que una buena parte realizan su función en los hospitales radicados en Palencia que absorben la gran mayoría de la demanda de este personal. El resto hasta los 400 son profesionales colegiados por motivos que no nos interesan, y que no ejercen aquí.

En la provincia, excluida la capital, corresponden a 2.438 habitantes por A. T. S. o 9,41 por 1.000 habitantes, lo que sí evidencia un déficit marcado de este personal en el medio rural cuya función es desempeñada en parte por los médicos titulares.

Desde hace uno años, en que se ha operado un incremento en la administración de tratamientos (inyecciones, sueros por venoclisis, etc.), ordenado por el médico y otras veces innecesariamente demandadas por los pacientes; en que se ha aumentado la administración de vacunas, etc., se detecta un importante déficit de personal auxiliar sanitario, que desarrolle esta labor, lo cual propicia la aparición de intrusismo protagonizado por personal no cualificado, lo que conlleva un cierto riesgo para la salud.

Se precisa una ampliación del número de A. T. S. titulares en la provincia, que desarrollen en el medio rural funciones técnico-sanitarias en los lugares a donde no puede llegar el médico y radicados en los Centros de Salud Rural y Centros de Salud Subcomarcales que se han concebido en el Mapa Sanitario; estos A. T. S. deben realizar una acción sanitaria, tanto preventiva como curativa en el marco de una acción sanitaria integral.

1.3. *Farmacéuticos*

Constituye el farmacéutico un personal sanitario cuya función es necesaria en el sistema de asistencia sanitaria y de Salud Pública.

En Palencia, el número de facultativos colegiados es de 93, de los que 11 son jubilados o sea que 82 están en ejercicio, realizándolo la mayoría en farmacias públicas. Existen 66 (sesenta y seis) farmacias en toda la provincia, lo que arroja una proporción de 2.942 habitantes farmacia.

En la provincia, excluida la capital, hay 33 farmacias correspondiendo a 2.767 habitantes farmacia.

En la capital con la mitad de cuantía demográfica, existe el mismo número de farmacias que en el resto de la provincia. Sin analizar las causas de este hecho, podemos decir que el mismo posibilita una asistencia mejor en el medio urbano en que las farmacias son más numerosas y la población encuentra más facilidades para proveerse de medicamentos.

No ocurre lo mismo en el medio rural, en donde a veces se requieren desplazamientos importantes por parte de las personas para llegar a la farmacia, fenómeno que se agrava los días festivos.

En suma, podríamos subrayar, el exceso en el número de farmacias en general; la necesidad de mejorar la asistencia farmacéutica en el medio rural, mediante la creación de una red de botiquines en las localidades que se estime preciso; y todo ello complementado con la puesta en marcha de un plan de guardias en las farmacias rurales para los días festivos, que asegure la correcta asistencia.

1.4. Veterinarios

El veterinario es un profesional sanitario de importancia capital en el control de los alimentos de origen animal y en la lucha contra las antropozoonosis.

En Palencia existen 102 veterinarios colegiados de los que ejercen un total de 93.

La mayoría desempeñan plazas de veterinarios titulares en la plantilla del Ministerio de Sanidad y S. Social y unos pocos de esta misma plantilla se encuentran destinados en la Delegación de Agricultura.

Podemos afirmar que disponemos de suficiente número de veterinarios, quizá de excesivo número y su distribución debería de ser más correcta.

2. *Instalaciones*

Los medios materiales son de capital importancia puesto que su existencia y adecuada distribución, van a condicionar y posibilitar la asistencia médico-sanitaria. Una infraestructura de instalaciones adecuada y bien distribuída, es básica en todo sistema asistencial.

La pirámide asistencial está constituída por los centros primarios o consultorios de medicina general o de familia, los centros secundarios que imparten asistencia especializada, ambos forman la asistencia extrahospitalaria, y en el vértice se encuentra el centro terciario, el hospital. De ellos nos vamos a ocupar exponiendo los recursos existentes en la provincia.

2.1. *Centros de Higiene Rural*

Existen una red de consultorios rurales con casa de médico anexa, que han venido cubriendo la necesidad de consulta médica en los municipios durante los años pasados. Estas "casas de médico" cubrían el doble objetivo de proporcionar un alojamiento para el médico titular y disponer de un consultorio con un mínimo de condiciones.

Sin embargo, la evolución demográfica del medio rural, los cambios operados en el ejercicio de la medicina, la mejora de las comunicaciones, la concepción funcional de estos centros, etc., y otras circunstancias más, han hecho que estos centros hayan quedado completamente anticuados, tanto en su concepción arquitectónica como funcional. Además, el depender de los ayuntamientos, carentes de recursos para su mantenimiento, han ocasionado el que los edificios estén en muy malas condiciones de conservación, encontrándose algunas inutilizables, otras dedicadas a fines distintos de los sanitarios, etc. y sólo unas pocas se conservan y son utilizadas para estos fines.

Existen en número de 26 de las que destacan las localidades de Dueñas, Torquemada, Baltanás, Astudillo, Ampudia, etc.

2.2. *Dispensarios y Ambulatorios*

Se incluyen en este apartado, desde el Ambulatorio Provincial de la Seguridad Social de Palencia que presta todas las especialidades médico-quirúrgicas, hasta los consultorios rurales en donde se presta solamente asistencia de medicina general.

Se cuenta con dos ambulatorios, el de la capital y otro más pequeño en Cervera de Pisuerga, disponiendo de siete consultorios localizados en Barruelo de Santullán, Venta de Baños, Santibáñez de la Peña, Saldaña, Guardo, Alar del Rey y Aguilar de Campoo.

En general estos consultorios adolecen de espacio suficiente para los fines a que están destinados, debiendo por otra parte, cambiar de concepción funcional para que impartan asistencia sanitaria preventiva y curativa.

2.3. Centros de Salud Subcomarcales

Se dispone en la provincia de cuatro, ubicados en Osorno, Carrión de los Condes, Paredes de Nava y Villada, encontrándose en buenas condiciones y equipados debidamente. Igualmente debe incorporarse en ellos, una filosofía preventiva en su acción.

2.4. Hospitales

Constituyen estos centros el vértice de la pirámide asistencial. Las partes de esta cadena de asistencia (1), es importante que actúen con unidad funcional y dando la importancia y el apoyo necesario a cada eslabón de la misma, sin que se produzcan desequilibrios que hipertrofién una u otra.

La situación hospitalaria en Palencia es la siguiente:

a. Centros	Localidad
Residencia Sanitaria del INSALUD	Palencia
Hospital Prov. de la Diputación	"
Clínica de la Cruz Roja	"
Clínica de la Salud	"
Clínica N.º Sr.ª del Amparo	Guardo
Sanatorio San Juan de Dios	Palencia
Sanatorio de San Luis	"

Hay un total de siete centros hospitalarios, de los que dos, los hospitales psiquiátricos, no los incluimos en la dotación de camas provinciales, por no ser de hospital general médico-quirúrgico y tener un ámbito extra provincial.

1. (Asistencia primaria, secundaria y terciaria u hospitalaria).

b. Camas hospitalarias generales.

Residencia Sanitaria	250
Hospital Provincial	300
Clínica Cruz Roja	30
Clínica de la Salud	30
Clínica N. ^a Sr. ^a del Amparo	14
<hr/>	
TOTAL	624

Estas 624 camas de hospital general, superan un índice cama-población de 3,2 por 1.000 habitantes, que si bien es bajo todavía, con respecto a la media nacional, se ha incrementado en un año sustancialmente, con la inauguración de la nueva Residencia.

En este campo asistencial, para mejorar nuestro nivel, y refiriéndonos al sector público, hemos de procurar aumentar la calidad asistencial de las camas actualmente en servicio y conseguido esto, acometer el incremento del número de camas, valorando la actual construcción del hospital materno-infantil de la Seguridad Social, en el edificio de la antigua residencia, la posibilidad de construcción de un pequeño hospital en el norte de la provincia, en la zona que se determine, y la ampliación de uno de nuestros hospitales, a medida que las necesidades lo demanden. Hay que hacer salvedad de que para valorar el número de camas hospitalarias necesarias en una zona, país, provincia, etc., consideramos postura simplista y desde luego desacertada, el aferrarnos a las cifras que se den por ahí en diversas publicaciones, empeñándonos en que hasta que no lleguemos a ellas, no estamos bien.

Las necesidades hospitalarias vienen dadas por numerosos factores y en unos países hay más atracción hospitalaria que en otros, las costumbres son distintas, es diferente la mortalidad y morbilidad, etc. Actualmente se ha visto como, con una lógica y racional organización sanitaria, en algunos países sobran ahora camas hospitalarias (y son muy caros los hospitales). Entiendo que lo que se debe hacer con urgencia es, en el marco de la Reforma Sanitaria, aprobado por el Congreso de los Diputados, organizar bien toda la asistencia sanitaria, potenciando la primaria y la secundaria y acercando esta a las zonas rurales, instalando consultas de especialidades médico-quirúrgicas en el norte provincial, para que su población disponga de una mejor asistencia y más cualificada; esto traería ventajas sanitarias, sociales, humanas, económicas, etc. y ahorraría

internamientos en nuestros hospitales, de necesidad discutible. Una vez logrado un óptimo funcionamiento de estas dos primeras áreas de la asistencia, conoceríamos con más exactitud nuestras reales necesidades en camas hospitalarias.

V. A modo de conclusión.

Después de haber efectuado este repaso general a la Sanidad palentina, con objeto de juzgar sobre el nivel de salud de sus habitantes; analizadas la tasa de natalidad, mortalidad general e infantil, la mortalidad provincial, las tasas de morbilidad y de mortalidad específica y demás índices sanitarios objetivables, podemos decir lo siguiente:

—En relación con el resto de España y otros países desarrollados, nuestros índices y tasas son similares, por lo que se estima que los niveles de salud son comparables y en general aceptables.

—Hay una tasa de natalidad muy baja que tiende a incrementar el fenómeno del envejecimiento de la población.

—La tasa de mortalidad general es igual a la nacional y en base a las enfermedades crónicas, que constituyen la causa más importante de las muertes.

—La mortalidad infantil se encuentra elevada, con respecto a la media nacional, a pesar de haber mejorado ostensiblemente en los últimos años.

—Existe una tasa de morbilidad por enfermedades transmisibles (infecciosas) que detectan un cierto subdesarrollo económico y cultural, así como deficiente infraestructura de servicios (vivienda, abastecimientos de aguas y alimentos, evacuación de residuales, etc.), y bajo nivel de educación sanitaria e higiene general y personal.

—Hay escasez de recursos sanitarios materiales adecuados y con un funcionamiento de concepción modernos. Concretamente se necesita mejorar la infraestructura de los servicios de parte de nuestras camas hospitalarias para después incrementar el número de éstas. La puesta en marcha de una U.V.I. es necesidad prioritaria. Igualmente se adolece de Centros de Salud Subcomarcales con funciones de asistencia preventiva y curativa.

—Poseemos suficientes recursos sanitarios de personal, pero no están adecuadamente distribuidas ni cuantitativa ni cualitativamente.

—Si bien no lo hemos estudiado en este trabajo, ya que será objeto de otro estudio, hay que decir que la estructura administrativo-sanitaria, de la provincia (Partidos Sanitarios) es anticuada, debiéndose revisar y modernizar a partir de la aprobación del Mapa Sanitario.

—Consideramos necesaria la organización y potenciación de la asistencia de medicina general (medicina de familia) tanto en la capital como en el medio rural (provincia), y asimismo, instalar servicios de especialidades médicas en ciertas localidades sobre todo del norte, con lo cual lograríamos el acercamiento de una medicina más cualificada a la población rural. Si el derecho a la salud debe de ser igual para todos los ciudadanos, todos deben de gozar de la misma facilidad de acceso a los servicios para que la conservación o recuperación de la salud se produzca igual y no con mayor esfuerzo y gasto de los habitantes del medio rural.

La O. M. S. subraya la necesidad, para mejorar la salud de los ciudadanos, de perfeccionar la atención primaria de salud (medicina general) y la necesidad del prudente uso de las tecnologías avanzadas, debiendo dirigir la mayoría de los recursos económicos a la primera.

—Es urgente dar un giro a nuestra actuación sanitaria en dos sentidos:

- * Potenciar la medicina preventiva para que la acción gire en torno a la SALUD y no alrededor de la enfermedad.
- * Si nuestro espectro de mortalidad provincial se produce en base a las enfermedades crónicas (enfermedades del corazón y vasos, cáncer, accidentes, cirrosis, diabetes, etc.), hemos de programar acciones de medicina preventiva, precisamente contras estas enfermedades, lo que no quiere decir que nos olvidemos de las enfermedades transmisibles y agudas.

—Es diferente la problemática sanitaria general de la capital y del resto de la provincia. En aquella hay un déficit de personal sanitario dedicado a la asistencia primaria o de medicina general y de A. T. S. En la provincia con un exceso de médicos de medicina general hay que replantearse su distribución y dotarla de servicios de asistencia secundaria comarcalizados.

—Existen otras diferencias sustanciales urbano-rurales en el campo sanitario, puesto que los problemas de sanidad ambiental son completamente diferentes y determinan una especial patología en

cada medio, que requiere un estudio y una acción distintas; también son diferentes los medios de vida, la higiene, alimentación, etc. y ello son determinantes epidemiológicos que hay que valorar.

Por último, somos conscientes de que omitimos la contemplación de otros problemas sanitarios, pero en un trabajo general, que pretende observar panorámicamente a la sanidad de Palencia, no se puede pormenorizar sobre aspectos concretos. En sucesivos trabajos nos proponemos estudiar con mayor detenimiento problemas específicos, unos abordados en este y otros solamente citados, y algunos incluso olvidados.

Al escribir este trabajo, por cuya publicación expresamos las muestras más sinceras de agradecimiento a la Diputación Provincial y su Presidente; no nos ha guiado otro objetivo que dar a conocer algún aspecto técnico-sanitario sobre el estado de la salud de los palentinos a los que nos debemos, para que ello pueda empujarnos y alentarnos a todos, a trabajar para conseguir para todos el bienestar que se merecen.

Isidro Burón Lobo

Médico de Sanidad Nacional

BIBLIOGRAFIA

- Estudios sociológicos sobre la situación social de España. FOESSA 1975.
- Síntesis actualizada del III Informe FOESSA 1978.
- Medicina Preventiva y Social. Piédrola y otros. 1978.
- Salud y Enfermedad. Hernán San Martín. 1979.
- Medicina Preventiva. Hilleboe 1969.
- Principios de Administración Sanitaria. Hanlon.
- La Reforma Sanitaria en España. Jesús M. de Miguel 1976.
- Sociología de la Medicina. Rodney 1973.
- Medicina Sanitaria y Administración de Salud. A. Gonis 1971.
- Anuario Estadístico de España 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978 y 1979.
- Reseña Estadística Provincial. Palencia 1978.
- Renta nacional de España y su distribución provincial. Banco de Bilbao 1977.