

## **CARACTERISTICAS DE LA POBLACION Y PROBLEMATICA SANITARIA EN EL MEDIO RURAL VALLISOLETANO**

Inmaculada PEREZ GAGO.  
Becaria de Investigación.  
Departamento de Geografía.  
Universidad de Valladolid.

### **1. INTRODUCCION**

Según la rectificación del Padrón Municipal de Habitantes referida al año 1989, la provincia de Valladolid cuenta con una población de 498.130 habitantes, de los que 334.346 corresponden a la capital y 163.784 al resto de la provincia.

El análisis de la estructura por edades de la población revela claras diferencias entre la capital y el resto de la provincia, pero sobre todo entre aquella y los municipios menores de 10.000 habitantes. Así, la población de 65 y más años de edad es notoriamente más elevada, en términos relativos, en el conjunto de municipios menores de 10.000 habitantes -19 %- que en la capital -11.4%- donde, por el contrario, es mayor la población joven tanto en términos absolutos como en términos relativos - 71.840 efectivos frente a los 22009 que representan el 21.5 % y el 17 % de su población total.

Este desequilibrio tiene su origen en la conjunción de dos factores: éxodo rural y cambios en el comportamiento reproductor, junto al aumento generalizado de la esperanza de vida, explican el doble fenómeno de envejecimiento de la población. Además de las causas hay que ver cuáles son las repercusiones que lleva consigo: aparte de las demográficas, socio-económicas - reducción de la población activa, incremento de los gastos sociales en materia de sanidad y pensiones y descenso de la partida destinada a educación -, sanitarias - progresiva disminución de la calidad y paulatino aumento de los gastos e inadecuación de la oferta y la demanda; este es el producto de una oferta, la planteada con la reforma de la atención primaria, que no ha tenido en cuenta las necesidades reales de una población envejecida.

El objetivo de la reforma sanitaria es prestar la mejor atención sanitaria posible mediante una adecuada distribución de los recursos, así como una organización de los servicios que se ofrecen a una población determinada. Así, la Ley

14/1986, Ley General de Sanidad, hace referencia a la institucionalización de las Comunidades Autónomas a las que sus estatutos han reconocido competencias en materia de sanidad; el artículo 62 establece la división de las Areas de Salud en Zonas de Salud; en los artículos 63 y 64 se define el concepto de Zona Básica de Salud ( Z.B.S.) y las funciones de los Centros de Salud (C.S.).

La ordenación sanitaria contemplaba la creación de 18 Z.B.S. rurales, pero actualmente sólo 16 reúnen todos los requisitos para ser consideradas como tales, mientras que las otras dos - Tudela de Duero y Valladolid Rural - quedan incompletas. Estas 18 Z.B.S. cubren una población de 146.515 habitantes y abarcan una extensión de 8297,9 Km . La delimitación de cada una de ellas obedece a criterios de estructuración sanitaria, fundamentalmente el de accesibilidad, al estudio de las tendencias de la población cuando precisan de los servicios de los que carecen y a la existencia de comarcas históricas. En conjunto disponen de 411 profesionales sanitarios y 23 profesionales no sanitarios. Respecto a la infraestructura sanitaria se preveía la existencia de 201 consultorios locales y 18 centros de salud, de estos últimos sólo se han puesto en marcha 16, esto significa la existencia de infraestructura en 217 de los 229 municipios rurales de la provincia. Ello permite que más del 80 % de la población se encuentre a 14 minutos o menos del C.S..

El objetivo del presente estudio es analizar, primeramente, las características que definen a la población rural vallisoletana cuantificando la dinámica y estructura por edad a través de la estadística y la técnica de muestreo. A partir de aquí, se señalarán cuales han sido las pretensiones de la reforma sanitaria en el nivel de atención primaria, dedicando al cuarto y último apartado la incidencia que ha tenido la misma en nuestro ámbito de estudio y concluir apuntando, brevemente, algunas medidas para adecuar oferta y demanda.

## **2. CARACTERISTICAS QUE DEFINEN LA ACTUAL CONFIGURACION DE LA POBLACION RURAL VALLISOLETANA: CAMBIOS EN LA DINAMICA INTERNA, DESEQUILIBRIO EN LA ESTRUCTURA POR EDAD Y PROGRESIVO ENVEJECIMIENTO**

En la consolidación de la actual estructura por sexo y edad de la población rural vallisoletana no sólo ha incidido el éxodo rural, sino también los cambios en el comportamiento reproductor, que se inician de forma perceptible en la década de los años 70. No obstante, ninguno de estos dos factores explican por sí solos el rápido proceso de envejecimiento, sino que ha sido necesaria la conjunción de ambos junto al aumento generalizado de la esperanza de vida.

El detonante de esta cambio de estructuras demográficas fue el proceso migratorio, suponiendo una incidencia funda-

mental en la dinámica interna de los años 60 en función de la pérdida de efectivos pertenecientes a cohortes reproductoras, alterando el ritmo e intensidad en la celebración de matrimonios y, consecuentemente un aumento del índice de masculinidad. Pero a este cambio también han contribuido otros factores: profunda modificación del comportamiento reproductor de la población que obedece a un cambio de actitud ante la descendencia; extensión de medidas anticonceptivas y, por tanto, planificación del tamaño familiar deseado; estabilización de la mortalidad y constante incremento de la esperanza de vida provocando la acumulación de efectivos humanos en edades avanzadas y, por último, el esperado incremento de la mortalidad mermará, aún más, la capacidad de crecimiento vegetativo de la población.

Vamos a ver como todos estos cambios reflejan la actual dinámica interna de la población rural vallisoletana.

	<u>NACIMIENTOS</u>		<u>MATRIMONIOS</u>		<u>DEFUNCIONES</u>		<u>C.VEGETATIVO</u>	
	<u>1979</u>	<u>1985</u>	<u>1979</u>	<u>1985</u>	<u>1979</u>	<u>1985</u>	<u>1979</u>	<u>1985</u>
MUNIC.< 10.000 h.	1.653	1.434	628	311	946	1.022	707	412
MUNIC.< 50.000 h.	2.004	1.675	770	331	1.125	1.167	879	508
CAPITAL	5.687	3.477	2.273	599	1.860	2.023	3.827	1.454

Fuente: I.N.E. Resumen de los fenómenos demográficos por municipios. Movimiento Natural de la Población Española, años 1979 y 1985.

Este rápido e intenso proceso de cambio demográfico ha afectado tanto al medio rural como al urbano, pero distanciado en el tiempo y diferenciado en el espacio. Rápido e intenso porque en un plazo de tiempo relativamente breve se ha transformado la estructura por edad de la población, así se puede observar como entre 1979 y 1985 se asiste a un descenso en todas las variables, salvo en las defunciones, que intervienen en la dinámica de la población. Distanciado en el tiempo porque es un acontecimiento cronológicamente anterior en el medio urbano que en el rural, donde todavía la cultura, la moral y la iglesia eran tres razones con un peso importante; y diferenciado en el espacio porque el medio rural sufre un vaciamiento de las generaciones en edad fértil que se refleja en los fenómenos demográficos de finales de los años 70 y a lo largo de los 80 : el descenso del número de matrimonios y, por tanto, el de los nacimientos tiene su origen en el escaso volumen de población joven adulta; en contrapartida tiene lugar un incremento de población anciana y, consecuentemente, del número de defunciones, alcanzando los valores más altos los municipios menores de 10.001 habitantes, y de estos, principalmente, los menores de 3.001 que son los que cuentan con un porcentaje de población mayor superior al de jóvenes.

Frente al medio rural, el medio urbano asiste a un aumento de población femenina en edad fértil que, años más tarde, se refleja en el número de matrimonios y en el de nacimientos, de ahí que la capital vallisoletana tenga el índice de envejecimiento más bajo de toda la región - 0.40 en 1986 y 0.53 en 1989 -.

El crecimiento vegetativo es la única variable que ha experimentado una tendencia decreciente en ambos espacios, pero todavía presenta valores positivos.

Al tiempo que tiene lugar este cambio demográfico, y como consecuencia de ello, se produce una transformación de la estructura por edades de la población en función de la continuidad en la pérdida del colectivo de población de menos de 16 años, a la par que el descenso de la mortalidad y la mayor esperanza de vida aseguraban el constante incremento del grupo de 65 y más años de edad.

Igualmente, la estructura por edades de la población diferencia al medio rural y al urbano (1).

	<u>&lt; 16 %</u>			<u>16 - 64 %</u>			<u>65 y más %</u>		
	<u>81</u>	<u>86</u>	<u>89</u>	<u>81</u>	<u>86</u>	<u>89</u>	<u>81</u>	<u>86</u>	<u>89</u>
<b>MUNICIPIOS &lt; 10.001 habs.</b>	24.3	21	16.5	61.3	63.7	64	14.4	15.3	19.5
<b>MUNICIPIOS &lt; 50.001 habs.</b>	24.8	21.5	18	61.3	63.7	64	13.9	14.8	18
<b>CAPITAL</b>	30.3	25.6	21.5	61.1	64.6	67.1	8.6	9.8	11.4

Fuente: I.N.E. y Diputación Provincial. **Distribución porcentual de la población por grupos de edad.** Censo de Población de 1981, Padrón Municipal de Habitantes de 1986 y Rectificación del Padrón Municipal referida al año 1989.

Ahora, si bien es verdad que el paso de una estructura por edad característica de una población joven a otra no tanto les ha afectado a ambos, no lo ha hecho con la misma intensidad, y así nos lo manifiesta el índice de envejecimiento. Mientras los municipios menores de 10.001 habitantes presentan una clara tendencia a alcanzar una población envejecida en 1981, al situarse el índice de envejecimiento en un 0.59, y confirmarse estas tendencias intensificándose el envejecimiento en 1986 - 0.73 - y en 1989 - 1.18 -, la capital parte de una población todavía joven - 0.30 - que pasa a ser equilibrada en 1986 - 0.40 -, momento a partir del cual inicia una trayectoria ascendente para alcanzar en 1989 - 0.53 - una población madura con tendencia, en los próximos años, a ser envejecida (2).

Pero tanto las cifras absolutas como las relativas obtenidas para los municipios menores de 10.0001 habitantes falsean la realidad del medio rural - según el Censo de Población de 1981 zona rural es aquella que cuenta con una población inferior o igual a 2.000 habitantes de hecho e intermedia entre 2.001 y 10.000 habitantes de hecho, pero según las estadísticas es en los municipios menores o iguales

a 3.000 habitantes donde disminuye constantemente la población, mientras que los que se encuentran entre 3.001 y 10.000 habitantes aumentan, se trata por tanto de núcleos con un cierto dinamismo demográfico y económico.

Para demostrar estas diferencias dentro del conjunto de municipios menores o iguales a 10.000 habitantes se ha utilizado la técnica de muestreo, un muestreo sistemático donde la selección de las muestras se ha efectuado a intervalos fijos tanto en el número que se toma por grupos de población, como en el tamaño de población, tratando, en la medida de lo posible, que la muestra seleccionada tenga una población media entre los valores extremos. Así, de los 222 municipios menores o iguales a 3.000 habitantes y de los 7 municipios entre 3.001 y 10.000 habitantes con que cuenta la provincia de Valladolid en 1989, se han seleccionado 5 y 2 respectivamente de acuerdo con la siguiente clasificación.

	< 16 %		16 - 64 %		65 y + %		IE
< 101 HABITANTES	6	10.7	34	60.7	16	28.6	2.66
DE 101 -500 HABS.	29	11	167	63.2	68	25.8	2.34
DE 501 - 1.000	144	18.5	464	59.5	171	22	1.18
DE 1.001 - 2.000	225	14.8	1.037	68.1	260	17.1	1.15
DE 2.001 - 3.000	355	14.7	1.504	62.5	549	22.8	1.54
DE 3.001 - 5.000	679	18.8	2.252	62.5	673	18.7	0.99
DE 5.001 -10.000	1.538	21	4.837	66.1	942	12.9	0.61

Fuente: Diputación Provincial de Valladolid. Distribución de la población de hecho por grupos de edades de los siguientes municipios: Villalba de la Loma, Trigueros del Valle, Traspinedo, Cabezón, Nava del Rey, Olmedo y Tordesillas. Rectificación Padrón Municipal referida al año 1989.

### 3. LA REESTRUCTURACION SANITARIA: UN PROCESO DESCENTRALIZADOR EN FAVOR DEL AMBITO RURAL

La reforma general del sistema sanitario recibe un "tratamiento normativo definitivo" con la Ley 14/1986 de 24 de abril, Ley General de Sanidad. Esta ley establece que el Sistema Nacional de Salud se configure como el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas se basan, para su planificación, en la división del territorio en demarcaciones geográficas, siendo competencia de cada una de ellas la delimitación y ordenación territorial de los

servicios, la organización y asignación de funciones y de medios personales y materiales.

La demarcación geográfica fundamental es el Area de Salud, pero para la realización de actividades del nivel primario, que es al que nos vamos a ceñir, las Areas se dividen en Zonas Básicas de Salud, demarcaciones territoriales con una población de 5.000 a 25.000 habitantes en cuya cabecera se ubica el centro de Salud.

De la población es preciso conocer su tamaño, estructura por edad y sexo, distribución espacial y proyección temporal y las características socioeconómicas; todo ello condiciona el nivel de salud y el acceso y utilización de los servicios sanitarios. Del medio físico son importantes la topografía de la zona, el clima así como el conocimiento de la red de comunicaciones y transportes existentes. En relación con todo ello nace un concepto básico: la accesibilidad. El objetivo es que todos los habitantes de la zona delimitada tengan igualdad de acceso a todos los servicios sanitarios, teniendo en cuenta que en la atención sanitaria no importa tanto la distancia como el tiempo que tarda el sistema en resolver un problema de salud.

La delimitación territorial considera otros elementos además de los geográficos y socioculturales: los recursos sanitarios. Estos se organizan en niveles jerárquicos en función de la frecuencia de su utilización, el tamaño de la población atendida y el grado de complejidad de los servicios. Por tanto, el nivel primario es la puerta de entrada y de salida del sistema y se considera que debe resolver entre el 80 y el 90 % de los problemas de salud de la población. Por atención primaria de salud se entiende " la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un coste que la comunidad y el país puedan soportar ".

La ordenación de los recursos es una tarea propia del Mapa Sanitario. En primer lugar deben ser definidas las funciones asignadas al nivel primario y el grado de autosuficiencia, que depende de la disponibilidad de recursos económicos y del concepto imperante, en ese momento, de atención a la salud, para definir qué grado de infraestructura y equipamiento precisan y el perfil profesional de los recursos humanos. A continuación, en el cuadro I, se enumeran el conjunto de actividades que comprende la Atención primaria de Salud (APS).

## CUADRO I

### ACTIVIDADES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Educación sanitaria  
Provisión de alimentos  
Nutrición adecuada  
Salubridad del agua  
Saneamiento básico  
Cuidados maternoinfantiles  
Inmunización  
Prevención y control de las  
enfermedades endémicas  
Tratamiento básico  
Abastecimiento de fármacos esenciales

---

Fuente: VUORY, H.: Atención Primaria, Vol. 1,  
N. 1, 1984.

Junto al Cuadro I, el II recoge los elementos conceptuales de la APS.

## CUADRO II

### ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCION PRIMARIA

Integral  
Integrada  
Continuada  
Permanente  
Activa  
Accesible  
Basada en equipos interdisciplinarios  
Comunitaria y participativa  
Programada - evaluable  
Docente e investigadora

---

Fuente: MARTIN ZURRO, A. y CANO PEREZ J.F.:  
Manual de Atención Primaria. Edit. Doyma,  
Barcelona, 1986.

- Es integral porque se aproxima al ser humano desde una perspectiva biológica, psicológica y social unitaria.
- Integrada, en tanto que aúna la promoción de la salud con la prevención, el tratamiento, la rehabilitación la reinserción social.
- Continuada, a lo largo de toda la vida de las personas
- Permanente, al incluir la atención ordinaria y de urgencia, en el domicilio o en la consulta.
- Evita que se susciten los problemas de salud actuando activamente mediante la promoción.
- Está próxima al lugar donde vive y trabaja la población.
  
- Está basada en el trabajo en equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios donde el médico juega un papel importante, pero no exclusivo.

- Cuenta con la **participación de la comunidad** en la programación de las actividades, que deben hacerse en función de las necesidades de la colectividad.
- El trabajo **programado** permite la posterior evaluación de los procesos y de los resultados obtenidos.

En definitiva, la APS difiere de la atención médica ambulatoria en cuanto que su objetivo no es solamente la curación de la enfermedad, sino la búsqueda de un mayor nivel de salud de la comunidad, interviniendo sobre el medio ambiente físico y social.

Se ha pretendido dotar a cada una de las ZBS rurales de **dos tipos distintos de infraestructura sanitaria**. Por una parte, el **Centro de Salud**, que es la infraestructura física y funcional donde se desarrollan gran parte de las actividades del Equipo de Atención Primaria (EAP). En él se ubican las consultas de asistencia médica, social y de enfermería, laboratorio, extracción de muestras, archivo de historias clínicas, dependencias administrativas y servicio de atención continuada. Además de acoger las actividades del EAP, acoge también la infraestructura de otras actividades de apoyo y de su personal específico: radiología, interconsultas de especialistas, odonto-estomatología,...

Y por otra, los **Consultorios Locales**, dependientes del CS para mejorar la accesibilidad de la población a la asistencia médica y de enfermería. Se pueden distinguir tres tipos de acuerdo con el tamaño de la población:

- **Consultorio local tipo C -1:** Infraestructura sanitaria de núcleos con una población entre 151 y 500 habitantes. Composición: unidad de consulta-reconocimiento, sala de espera, aseo y oficio de limpieza.

- **Consultorio local tipo C -2:** Para núcleos de población entre 501 y 1000 habitantes. Composición: unidad de consulta, sala de curas, sala de espera, aseos y oficio de limpieza.

- **Consultorio local tipo C -3:** Para núcleos de población que superen los 1.001 habitantes y no estén dotados de centro de salud. Composición: unidad de consulta-reconocimiento, sala de curas, sala de espera, aseos y oficio de limpieza, además de las dependencias necesarias para la atención continuada - sala de estar general y aseos del personal, oficio de cocina y unidad de mantenimiento - en aquellas ZBS en las que todavía no se ha completado el plan de dotación de equipamientos sanitarios.

Respecto a los **recursos humanos** hay que señalar la presencia, en cada ZBS, de un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que constituyen un equipo permanente y reducido, manteniendo una relación profesional e interpersonal continua, a este conjunto se le denomina



Equipo de Atención Primaria (EAP) y tiene su ubicación en el centro de Salud. En la actualidad están integrados por médicos - Medicina General y Pediatría -, profesionales de enfermería, trabajadores sociales, veterinarios y personal administrativo cuyas funciones son las de:

- Atención directa que comprenden las de promoción de la salud - protección y fomento de la salud - y las asistenciales de recuperación, rehabilitación y reinserción social - asistencia médica, de enfermería y social -.
- Docencia pregraduada y postgraduada en atención primaria de salud y formación continuada de los profesionales del EAP.

- Obligatoriedad de realizar un trabajo de investigación por los EAP en el área clínica epidemiológica o en la organizativa de los programas y servicios.

- Administrativas, incluyen las actividades relacionadas con la organización interna del equipo, registro y archivo de documentación, elaboración y evaluación de programas y gestión de recursos.

En segundo lugar, el estudio de la demanda existente y la esperada permiten establecer la cuantía de los recursos, pero este aspecto será objeto de estudio más detallado en el apartado siguiente.

#### **4. LA ASISTENCIA DE SALUD PRIMARIA COMO SERVICIO FUNDAMENTAL: NECESIDADES REALES DE LA POBLACION RURAL Y ACCESIBILIDAD ESPACIO-TEMPORAL**

Ya en el año 1977 la 30ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución conocida como " Salud para todos en el año 2000 ", estableciendo que " la principal meta social de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debería consistir en alcanzar, en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva ".

En 1980 tiene lugar en Fez la 30ª reunión del Comité Regional Europeo de la OMS que aprobó la primera política común para la región. Preconiza un cambio radical en las políticas de salud y considera la atención primaria como el procedimiento más adecuado para conseguirlo.

En 1986, con la reforma general del sistema sanitario, se introducen una serie de modificaciones en el nivel de atención primaria que afectan tanto a la estructura como a las funciones y prestaciones sanitarias. A la estructura en cuanto que el territorio rural queda dividido en demarcaciones geográficas inferiores - las ZBS -, en cuya cabecera se ubica el centro de salud donde se realizan las actividades correspondientes a dicho nivel. No se trata tanto de proceder

a su implantación, como de reorientar los programas de aplicación e incrementar la cobertura de las mismas. A las **funciones y prestaciones sanitarias** en cuanto que sus objetivos son : la extensión de sus servicios a toda la población; ha de ser una atención que se aproxime al ser humano, de carácter permanente - atención ordinaria y de urgencia -, a lo largo de toda la vida, próxima al lugar donde vive y trabaja la población... .

Pero estas demarcaciones no se han hecho de forma aleatoria, sino de acuerdo con unos criterios como el **tamaño demográfico**. En concreto, las 18 ZBS rurales con que cuenta la provincia de Valladolid cubren una población de hecho de 146.515 habitantes, según la última rectificación del Padrón Municipal de Habitantes referida al año 1989, distribuidos en 225 municipios y 30 entidades menores de población entre los que se incluyen algunos municipios de la provincia de Segovia y León, y se excluyen otros que reciben atención en C.S. de otra provincia (3). Estas oscilan entre los 14.375 habitantes de la ZBS de Medina del Campo y los 3.438 de la ZBS de Esguevillas de Esgueva.

Otro de los criterios es la **distribución de la población y dinámica demográfica**. Conociendo el tamaño demográfico de cada una de las ZBS podemos decir que hay un predominio de las que cuentan con una población comprendida entre 10.001 y 15.000 habitantes, bien porque están integradas por muchos municipios de pequeño tamaño, o bien porque algunos de ellos aportan el mayor volumen de población; a éstas las siguen aquellas con una población comprendida entre 2.501 - 5.000 y 5.001-7.500 habitantes que tiene su explicación en el elevado número de municipios, pero de pequeño tamaño; por último, y frente a estas, se sitúan aquellas con una población comprendida entre 7.501 y 10.000 habitantes debido a la escasez de municipios de tamaño intermedio.

Como ya hemos señalado anteriormente, **el medio rural presenta un alto porcentaje de población envejecida que supone, por una parte, una mayor demanda de servicios sanitarios que se relacionan con los problemas de salud derivados de la edad y, por otra, mayores dificultades de acceso representando un factor importante a la hora de definir instalaciones sanitarias de bajo coste, pero muy distribuidas.**

De acuerdo con todo esto cabe plantearse : ¿ la reforma sanitaria ha conseguido los objetivos que pretendía ? ; ¿ tuvo en cuenta la evolución demográfica ?, y por último ¿ las necesidades reales de la población están cubiertas y, por tanto, hay ó no adecuación entre oferta y demanda ?.

Respecto a los **objetivos** con que nace la reforma hay que señalar que su logro queda plasmado en la configuración del actual mapa sanitario provincial ( Ver Anexo ), que refleja esa reorganización territorial y permite la extensión de los

servicios sanitarios a toda la población, aunque con algunas salvedades, como la ZBS de Tudela de Duero que presta los servicios de guardias en un consultorio y, por tanto, no cuenta con un EAP constituido y la ZBS de Valladolid Rural que no sólo no tiene C.S., sino que sigue prestando una asistencia sanitaria basada en métodos antiguos. Y así se hacia saber a la opinión pública en el diario regional " El Norte de Castilla " los días 25 y 27 de septiembre de 1990. El día 25 y en la sección " Correo Espontáneo " se publica la carta titulada **Sanitarios aislados** que dice textualmente : "..., aislados, estamos los médicos y ATS titulares de los pueblos del cinturón de Valladolid .... Carecemos de una unidad básica de salud. No tenemos servicios de guardias organizadas, las vacunas de los hijos de nuestros pacientes debemos ir a recogerlas a la Delegación de Sanidad con nevera portátil. Todo lo expuesto dificulta la realización de una adecuada medicina preventiva ". El día 27 y en las páginas dedicadas a Valladolid sale a la luz, de nuevo, el mismo problema **Junta e Insalud no se ponen de acuerdo para completar el mapa sanitario** : " La falta de acuerdo entre Junta e Insalud vuelve a tener un claro exponente en la configuración del mapa sanitario de la provincia que se mantiene incompleto ". Asimismo, el médico titular de Zaratán señala : " aun estando cerca de la ciudad, estamos aislados a efectos sanitarios porque, prácticamente, ejercemos esta profesión acogiéndonos a métodos antiguos. Tenemos que estar de guardia las 24 horas del día y durante todos los días porque no hay un sistema de guardias permanentes, ni turnos establecidos ".

El otro objetivo es que la atención primaria no sea solamente curativa sino también preventiva, orientada a la búsqueda de un mayor nivel de salud.

Ahora bien, después de ver que las pretensiones de la reforma no se han visto cumplidas en su totalidad, hay que analizar si esta tuvo en cuenta la evolución demográfica, basada en una estructura por edad de la población envejecida. Para ello nos podemos remitir a los niveles de equipamiento sanitario así como de su personal. Baste con decir que ninguna de las ZBS cuenta con servicio de geriatría en lo que se refiere a los problemas médicos que plantea el proceso de envejecimiento ( problemas circulatorios, musculares, nerviosos ...), ni de personal especializado. Otros de los servicios de que no se disponen y están muy demandados son el de rehabilitación, aunque no exclusivamente por este grupo de edad, y el de asistencia social. Este último no se presta, todavía, en el C.S., sino que se hace a nivel de municipios, pero a pesar de ello ya se ha elaborado una **Propuesta de distribución de trabajadores sociales.**

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 1 :**

Ubicación centro de referencia: Medina del Campo Urbano que abarca las ZBS rurales de Medina del Campo Rural, Alaejos y Mota del Marqués.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 2 :**

Ubicación centro de referencia: "Arturo Eyries" que abarca la ZBS rural de Iscar.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 3 :**

Ubicación centro de referencia: "Huerta del Rey" que abarca la ZBS rural de Tordesillas.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 4 :**

Ubicación centro de referencia: "San Isidro" que abarca las ZBS rurales de Peñafiel y Esguevillas.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 5 :**

Ubicación centro de referencia: "Casa del Barco" que abarca las ZBS rurales de Cigales y Laguna de Duero.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 6 :**

Ubicación centro de referencia: "Tórtola" que abarca las ZBS rurales de Medina de Rioseco, Mayorga, Villalón y Villafrechós.

**- TRABAJADOR SOCIAL Nº 7 :**

Ubicación centro de referencia: "La Victoria" que abarca las ZBS rurales de Olmedo, Portillo y Serrada.

Fuente: INSALUD. Dirección de Sectorial, Atención Primaria. Propuesta de Distribución de Trabajadores Sociales, 1990.

Entre las consecuencias del proceso de envejecimiento no sólo está la desadaptación de equipamientos y servicios sanitarios básicos, sino también otras como el incremento de los gastos sociales en sanidad y pensiones. Según las estimaciones dadas para 12 países de la OCDE, los gastos de salud por persona de 65 años de edad y más son, en promedio, 4.3 veces más elevados que los que van destinados a las personas entre 0-64 años. Sin embargo, las sumas consagradas a las personas de 75 años de edad y más son todavía más elevadas, puesto que el gasto por persona de 75 años de edad y más es 5.9 veces más alto que por persona de menos de 65 años. Así, la evolución de de la estructura por edad va a modificar el reparto de los gastos entre los diferentes programas - enseñanza, salud, pensiones...- y grupos de edad, repercutiendo sobre el total de los gastos sociales

PROGRAMAS (%)					
Enseñanza		Sanidad		Pensiones	
1980	2040	1980	2040	1980	2040
27	17	24	26	36	48
GRUPOS DE EDAD (%)					
0 - 14		15 - 64		65 y +	
1980	2040	1980	2040	1980	2040
23	15	43	34	35	51

Fuente: Estimations du Secrétariat de l'OCDE.  
Media de 12 países de la OCDE.

Parece, entonces, que la atención primaria de salud del medio rural vallisoletano ha pensado más en los grupos de población joven y madura, aunque no están exentos de ciertas carencias. La asignación de los recursos - infraestructura, servicios y profesionales sanitarios - varía en función de la población de la zona de salud, de la distribución espacial, de la composición por edades y de los problemas de salud que presente.

De las 18 ZBS rurales delimitadas en nuestra provincia, 16 cuentan con C.S., cuya ubicación está en función de las tendencias naturales de la población, de la existencia de otros equipamientos públicos, pero sobre todo de la distancia, mientras que la ZBS de Tudela de Duero presta el servicio de guardias en un centro operativo o consultorio local tipo-3, hasta que se acabe con la reforma del edificio que alberga al EAP, y la de Valladolid-Rural que no tiene C.S., y ni siquiera se conoce su ubicación. Por regla general, cada ZBS cuenta con el mismo número de C.S. y de consultorios que municipios, salvo Esguevillas de Esgueva, Iscar, Mayorga de Campos, Olmedo, Valladolid Rural y Villafrechós (4).

**INFRAESTRUCTURA DE LAS ZONAS DE SALUD RURALES**  
**PROVINCIA DE VALLADOLID**

<u>Tipo de infraestructura</u>	<u>Total</u>
Consultorio Local -1	155
Consultorio Local -2	44
Consultorio Local -3	2
Centros operativos	1
Centros de Salud	16
Total	218

Fuente: Delegación Territorial de Bienestar Social y delegación Provincial de Sanidad, Sección de Atención Primaria.

Si analizamos el tipo de infraestructura vemos que hay un predominio de los consultorios locales de tipo -1, infraestructura de núcleos de población pequeños que son los predominantes en nuestra provincia, así como una escasez de los de tipo -3. En ambos, la atención médica se limita al reconocimiento del paciente, la única diferencia es que a los de tipo -3 hay que añadirles la de enfermería. La necesidad de otro tipo de servicios y de asistencia - extracción de muestras, servicio de urgencias, pediatría... supone el traslado hasta el C.S..

De acuerdo con el equipamiento y los servicios prestados se establece el perfil de los profesionales sanitarios. Mientras los consultorios cuentan sólo con la figura del médico - Medicina General - y del ATS - enfermería normal -, en los C.S. se forma un equipo integrado por personal

sanitario y no sanitario. El número de médicos se establece en función del número de municipios, de ahí que las ZBS que más médicos tienen son las de Medina del Campo Rural - 18 -, Peñafiel - 16 -, Tordesillas - 15 -, Valladolid Rural - 12 -, Portillo y Medina de Rioseco - 11 - y Esguevillas de Esgueva - 11 -. No se establece en función de la población, ya que si fuera así la ZBS de Iscar, por ejemplo, que tiene el doble de población que la ZBS de Alaejos debería tener también el doble de médicos y tiene igual - 6 -. También hay que señalar la escasez de médicos especialistas, tan sólo 2 pediatras, uno en la ZBS de Iscar y otro en la de Laguna de Duero.

Respecto a las ATS, la asignación se hace en función de la población y de las necesidades de cada ZBS. Así, entre 3.000 y 6.000 habitantes cuentan con 4 ó 5 ATS - Esguevillas de Esgueva, Mota del Marqués, Cigales, Alaejos, Olmedo, Serrada...; de 6.001 - 9.000 habitantes, 10 ATS, como Medina de Rioseco y más de 9.000 habitantes entre 10 y 12 ATS, como Medina del Campo Rural. Pero esto no es la regla general, pues la ZBS de Tudela de Duero cuenta con más de 8.000 habitantes y sólo tiene 4 ATS, la de Iscar con más de 11.000 habitantes, 8 ATS y la de Laguna de Duero con más de 12.000 habitantes, 7 ATS. En el número de ATS se incluyen practicantes y matronas, de estas hay - una - en las siguientes ZBS; Iscar, Laguna de Duero, Mayorga, Medina de Rioseco, Olmedo, Peñafiel, Portillo, Tordesillas, Tudela de Duero y Villalón.

Auxiliares de Enfermería hay, solamente, en aquellas ZBS que disponen de los equipamientos y servicios más completos: Iscar, Laguna de Duero y Medina del Campo Rural.

Frente a estas, la figura del celador está más extendida, pues de las 18 ZBS no falta más que en 7.

Con la reestructuración de los Servicios Veterinarios Oficiales de Castilla y León surge la figura del Veterinario de Zona Básica de Salud, integrándose en los EAP y cuyas funciones son: Higiene e inspección de alimentos, inspección de mataderos, sanidad ambiental, actividades derivadas de lucha o control de zoonosis... .

**PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO DE ATENCION PRIMARIA EN LAS ZONAS DE SALUD RURALES. PROVINCIA DE VALLADOLID.**

<u>Médicos</u>	<u>ATS</u>	<u>Aux. de Enfermería</u>	<u>Aux. Administrativos</u>
182	114	3	23
<u>Veterinarios</u>	<u>Celadores</u>	<u>Farmacéuticos</u>	
35	12	65	

Fuente: Delegación Provincial de Sanidad. Sección de Atención Primaria, datos referidos a 1990.

INSALUD. Dirección de Sectorial. Atención Primaria, Segundo Trimestre 1990.

BOCYL, Nº 30, 12 de Febrero de 1990 (5).

Por último, uno de los criterios más importantes para definir la extensión de la ZBS es la facilidad o dificultad de acceso al C.S., que se relaciona con la distribución espacial de la población y con la red de comunicaciones y transportes existentes. Se ha procurado que más del 90 % de la población se encuentre a una distancia del C.S. que suponga un tiempo de desplazamiento inferior a 30 minutos, pero la mayoría de la población se encuentra dentro de isocronas inferiores. Así, el 81.1 % de la población de las Z.S. rurales de la provincia de Valladolid se encuentra a distancias inferiores o iguales a 14 minutos y, es más, el 98.2 % de la población a distancias inferiores o iguales a 24 minutos. Por tanto, las Z.S. rurales de la provincia mejoran la isocrona de los 30 minutos establecida en el Real Decreto 137/84, que resulta de considerarla como un tiempo aceptable de respuesta útil del nivel primario de atención.

**ACCESIBILIDAD ESPACIO-TEMPORAL DE LA POBLACION DE LAS ZONAS DE SALUD RURALES AL C.S. PROVINCIA DE VALLADOLID.**

<u>Distancias (Kms.y min.)</u>	<u>Habitantes</u>	<u>%</u>	<u>% acumulado</u>
< 5 Kms. y min.	54.586	41	41
5 - 14 Kms. y min.	53.453	40.1	81.1
15 - 24 Kms. y min.	22.773	17.1	98.2
25 - 29 Kms. y min.	926	0.7	98.9
30 y + Kms. y min.	1.509	1.1	100.0
Media 60 Kms./h.	133.247	100.0	100.0

Fuente: Rectificación Padrón de Habitantes referida al año 1989. Diputación Provincial de Valladolid.

Elaboración propia (Ver representación gráfica en anexo).

Al ser un análisis global de la población de las 17 Z.S. consideradas, los porcentajes resultantes distorsionan algo la realidad. Así, en la mayoría de las Z.S. el 100 % de la población se encuentra a una distancia del C.S. inferior o igual a 24 minutos, salvo Medina del Campo Rural - 86.3 % de la población -, Peñafiel - 97 % de la población - y Villalón de Campos - 96 % de la población -; mientras sólo Medina del Campo Rural sobrepasa la isocrona de los 24 minutos - 89.5 % de la población -, abarcando el 100 % en la isocrona de 30 y más minutos (6).

En conclusión, uno de los mayores problemas que suscita el nivel primario de atención es la inadecuación de la oferta y la demanda, tanto en la asistencia ordinaria como en la de urgencia, debido a que la mayor parte de los casos que podrían resolverse a través de la red de Atención Primaria los atienden los centros de salud, los ambulatorios y los servicios de urgencia hospitalarios de la capital; este último tipo de servicios ha ido perdiendo el sentido inicial para el que fue creado, llegando a afirmarse que los servi-

cios de urgencia son una excepción que se está transformando en regla.

Las causas son diversas: el enorme desfase geográfico, el aislamiento en pequeñas unidades asistenciales, el incumplimiento sistemático de los plazos fijados para la dotación de personal y el escaso nivel de reciclaje de los profesionales sanitarios han hecho de la reforma un cambio de domicilio social.

Todos los estudiosos de esta rama de la economía coinciden en afirmar que hace falta una reforma, pero ésta no consiste solamente en la asignación de fondos, sino, en muchos casos, en un verdadero cambio de estructura y componentes del sistema. La reforma ha de conseguir una reducción de costes monetarios y sociales contando, desde luego, con las causas estructurales que afectan al sector - envejecimiento demográfico -.

Posibles medidas para adecuar la oferta y la demanda:

- Adecuación del volumen y contenido asistencial de los consultorios locales y centros de salud a las necesidades de cada Z.S..
- Fortalecimiento de la medicina preventiva a través de masivas campañas de fomento de la salud, conservación de alimentos, vacunación y hábitos alimenticios.
- Control de precios, composición y tamaño de la expedición de productos farmacéuticos.
- Incrementar el grado de educación sanitaria de la población. Debería mejorarse la información y el grado de conocimiento del público sobre la verdadera naturaleza de la Seguridad Social.
- Necesidad de que no existan políticas sanitarias enfrentadas o, al menos, no unificadas, debido a problemas de competencia entre Administración Central y Comunidades Autónomas, ya que sólo pueden producir una descoordinación que afecta negativamente a la calidad y al presupuesto.

**NOTAS:**

(1) Los altos porcentajes que alcanzan los grupos de población joven y anciana en los municipios menores de 10.001 habitantes, referidos al año 1989, tienen su explicación además de en el acelerado proceso de envejecimiento, en la exclusión de uno de los municipios que presenta una estructura por edad propia de una población infantil - 0.15 -: Laguna de Duero, que en tan sólo cinco



años - entre 1986 y 1989 - pasa de pertenecer del conjunto de municipios menores de 10.001 habitantes, al de menos de 50.001 habitantes, junto a Medina del Campo.

(2) Los índices de envejecimiento a los que se hace referencia en el texto son el cociente entre el volumen de población de 65 y más años de edad y el de los menores de 16. Frente al empleo de índices de envejecimiento utilizados tradicionalmente en estudios demográficos, hemos preferido utilizar el anteriormente descrito por generalizarse su empleo actualmente.

(3) En la Z.S. de Iscar se incluyen los siguientes municipios de la provincia de Segovia: Fuente el Olmo de Iscar, Mata de Cuéllar, Remondo y Villaverde de Iscar. En la Z.S. de Mayorga de Campos se incluye un municipio de la provincia de León y se excluyen otros que se engloban en la Z.S. de Valderas (León). Izagre, que es el municipio incluido, se encuentra a 12 Kms. de Mayorga, distancia sustancialmente inferior a la de los Centros de Salud de Sahagún de Campos, Valencia de Don Juan y Mansillade las Mulas, mientras que los municipios de Quintanilla del Molar, Roales de Campos, La Unión de Campos, Valdunquillo y Urones de Castroponce están incluidos en la Z.S. de Valderas.

(4) Si el Centro de Salud es la estructura física sanitaria fundamental de las Z.S. rurales, la de Tudela de Duero es un centro operativo de carácter transitorio en tanto se completa el plan de dotación de equipamientos sanitarios, para convertirse a medio plazo en un centro de salud. Su misión es centralizar la atención continuada. Junto a la ZBS de Tudela de Duero, la de Valladolid Rural no sólo no dispone de una estructura física, sino que tampoco cuenta con un servicio de guardias organizadas. Por tanto, los profesionales sanitarios de los pueblos próximos a Valladolid ejercen, todavía, la profesión acogiéndose a métodos antiguos.

(5) Engloba médicos del INSALUD (7) y de la Consejería de Bienestar Social (175).

Engloba enfermeras del INSALUD (36) y de la Consejería de Bienestar Social (78)

El número de farmacéuticos hace referencia a aquellos que son titulares por oposición, es decir, además de expender medicamentos realizan labores de cloración ...

De los 8 médicos que hay en la Z.S. de Tudela de Duero, 4 prestan servicios de Medicina General y practicante en la misma persona - Olivares de Duero, Sardón de Duero, Villabañez y Villavaquerín -; de los 4 ATS, 3 ejercen funciones de practicante y 1 de matrona.

De los 12 médicos de la Z.S. de Valladolid Rural, 5 son médico-practicante - Castrodeza-Wamba, Castronuevo, Ciguñuela, Geria y Peñaflores de Hornija -; de los 7 ATS todos ejercen funciones de practicante.

(6) El cuadro y gráfico sobre Accesibilidad espacio-temporal de la población de las Zonas de Salud rurales al C.S. incluye 17 de las 18 ZBS, excepto Valladolid-Rural que no dispone de la infraestructura necesaria.

## **FUENTES**

- AYUNTAMIENTO DE VALLADOLID. ESTADISTICA : Pirámide de edades de la población de derecho por distrito-sección con referencia a 01/01/90, Valladolid, Julio 1990.
- BOCYL : Relación de puestos de trabajo de los servicios veterinarios en cada una de las ZBS rurales de la provincia de Valladolid, Nº 30, 12 de Febrero de 1990.
- DELEGACION PROVINCIAL DE SANIDAD. SECCION DE ATENCION PRIMARIA : Relación de personal sanitario y no sanitario en cada una de las ZBS rurales, Valladolid, 1990.
- DIPUTACION PROVINCIAL DE VALLADOLID : Relación total de habitantes de los diferentes municipios y entidades a fecha de su última rectificación 31/12/1987 a 31/12/ 1989, Valladolid, Marzo 1990.
- Distribución de la población de hecho por edades y sexo, a fecha de su última rectificación, de la provincia de Valladolid y de los municipios de Cabezón, Laguna de Duero, Medina del Campo, Nava del Rey, Olmedo, Tordesillas, Traspinedo, Trigueros del Valle y Villalba de la Loma, Valladolid, Septiembre, 1990.
- INE : Censo de población de 1981. Resultados municipales, T. IV 2ª, Madrid, 1985.
- Censo de población de 1981. Características de la población : Valladolid, Madrid, 1984.
- Padrón Municipal de Habitantes de 1986. Características de la población : Valladolid, Madrid, 1987.
- Movimiento natural de la población española, años 1979 y 1985. Cifras a nivel provincial y su distribución municipal, Madrid, 1984 y 1989.
- INSALUD. DIRECCION DE SECTORIAL. ATENCION PRIMARIA : Relación de personal sanitario y no sanitario en cada una de la ZBS rurales, Valladolid, Segundo Trimestre de 1990.
- Relación de médicos-practicantes y de practicantes en las Z.S. de Tudela de Duero y Valladolid-Rural, Valladolid, Segundo trimestre de 1990.
- Propuesta de distribución de trabajadores sociales, Valladolid, 1990.

## **BIBLIOGRAFIA**

- CALDERON, B., CABALLERO, P. Y DELGADO, J.M.: Geografía de Castilla y León. Tomo 2: La Población. Ed. Ambito, Salamanca, 1987, pgs. 81-105.
- CALDERON CUADRADO, R. Y FERNANDEZ-JARDON, C.: Análisis de las causas y los efectos de la inadecuación de oferta y demanda sanitarias en Castilla y León. Una aplicación empírica. 1º Congreso de Economía Regional de Castilla y León, Salamanca, 24,25 y 26 de Noviembre de 1988.
- DELGADO URRECHO, J.M.: Particularidades y tendencias del proceso de envejecimiento en Castilla y León. La pérdida de efectivos totales frente al incremento real y constante de la población anciana. II Jornadas sobre población española, Universitat de Les Illes Balears, 23-26 de Mayo de 1989, pgs 163-172.
- DELGADO URRECHO, J.M.: La Pirámide de Población de Castilla y León en 1986: Contrastes entre el medio urbano

y rural. Jornadas Internacionales sobre demografía urbana y regional, Madrid, 17-19 de Enero de 1990.

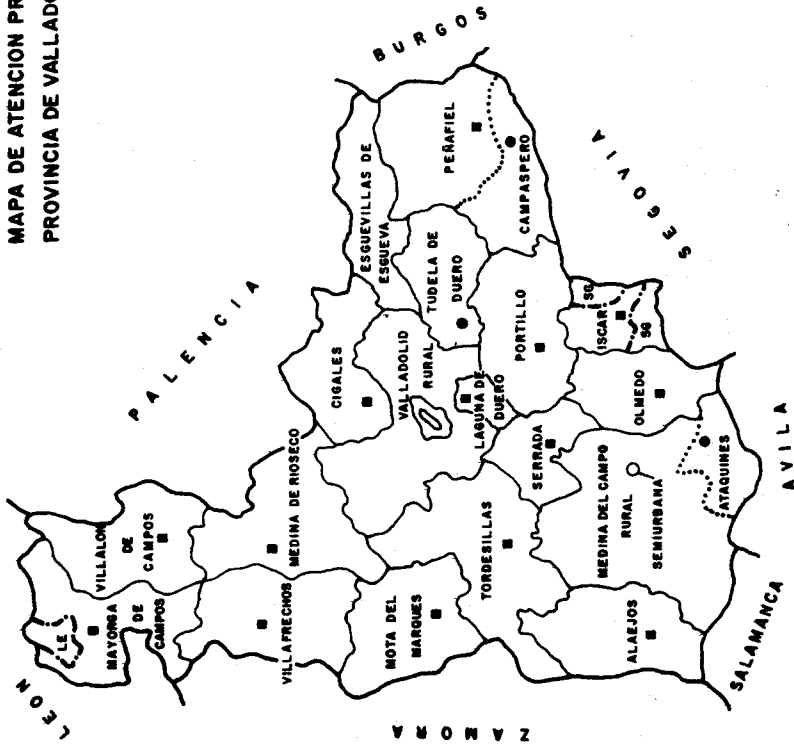
- FERNANDEZ-MAYORALES FERNANDEZ, G.: Accesibilidad espacio-temporal a los servicios sanitarios hospitalarios de la población de más de 60 años en un área de salud rural. II Jornadas sobre Población Española, Universitat de Les Illes Balears, 23-26 de Mayo de 1989, pgs. 185-196.

- JUNTA DE CASTILLA Y LEON. CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL: Mapa de Atención Primaria de Salud de Castilla y León (Proyecto) Tomo 1/ Datos regionales y Tomo 9/ Valladolid. Servicio de Documentación y Publicaciones de la Consejería de Bienestar Social, Valladolid, 1987.

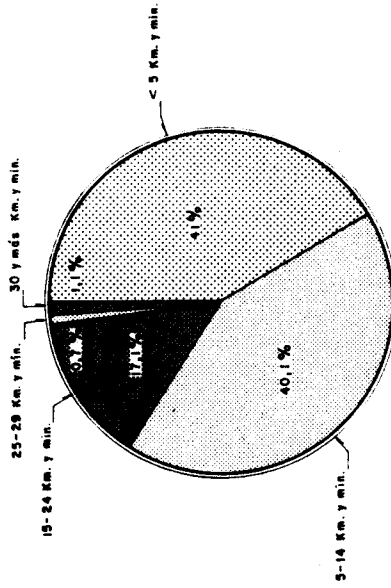
- JUNTA DE CASTILLA Y LEON. CONSEJERIA DE BIENESTAR SOCIAL. DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA: Guía de Funcionamiento de los Servicios Veterinarios Oficiales de Salud Pública. Valladolid, 1990.

- O.C.D.E.: Le vieillissement démographique. Conséquences pour la politique sociale. Service des Publications de l'OCDE, París, 1988, pgs. 36-40.

MAPA DE ATENCION PRIMARIA. ZONA DE SALUD RURALES.  
 PROVINCIA DE VALLADOLID



**ACCESIBILIDAD ESPACIO-TEMPORAL DE LA POBLACION DE LAS ZONAS DE SALUD AL C. S. PROVINCIA DE VALLADOLID.**



**Fuente :** Rectificación Padrón de Habitantes referido a 1989 .  
Diputación Provincial de Valladolid  
Elaboración propia