

EDITORIAL

PLANIFICACION DEMOGRAFICA Y SANITARIA

Aunque más de una vez sólo sirvan para dejar enunciados principios que luego no se tienen en cuenta, es un tópico, no por reiterado menos cierto, que cualquier planificación sanitaria se debe basar en el conocimiento correcto de los datos demográficos —con sus variaciones en el tiempo— y de los indicadores de salud referidos al país, región o área geográfica en que se proyectan acciones de esta naturaleza. Sucede, sin embargo, que los datos demográficos y las estadísticas sanitarias no son de fácil obtención y ofrecen dificultades para su valoración rigurosa.

Entre los datos demográficos se utilizan los de natalidad, nupcialidad, fecundidad, abortos, divorcios, esperanza de vida, etc., pero los conceptos no están unificados en un mismo país ni con los demás. Por ejemplo, en España se sigue considerando en el Registro Civil, «aborto», al recién nacido fallecido en las primeras 24 horas. Desde 1975, los nacidos muertos van incluidos en el enunciado «mortalidad infantil tardía». En 1980 se prohibió el concepto de ilegítimo. La natalidad y fecundidad se valoran como totales/generales o efectivas —referidas estas últimas, sólo a los nacidos vivos—. Las tasas de fecundidad se determinan de diversa forma: contando el número de recién nacidos vivos en función del número de mujeres en edad fértil —entre 15 y 49 años—; o empleando el índice anual de fecundidad —llamado también «suma de nacimientos reducida», que elimina la diferencia de composición por edades y su influencia sobre el número de nacimientos; o utilizando el índice de fecundidad marital. A esta complejidad terminológica hay que añadir que el Anuario Estadístico, que publica las cifras definitivas de los fenómenos demográficos, aparece cada cinco años; y se retrasa tanto, que las cifras con que trabajamos a partir de 1980 son todavía provisionales.

La estadística sanitaria ofrece también dificultades en su recopilación y evaluación. En parte, por el complejo y cambiante concepto de salud, ligado a variables múltiples, algunas de carácter cualitativo. En países de nuestro nivel de desarrollo, se consideran desde hace tiempo poco sensibles, los denominados indicadores negativos, de morbilidad y mortalidad —perinatal, neonatal, infantil, de 1-4 años, escolar, juvenil, general—. Por ello, se promueven indicadores positivos. Entre éstos, los de medios, que contabilizados a nivel hospitalario —personal, camas, ingresos, estancias, índice de ocupación, estancia media, índice de rotación, etc.—, pueden servir

para conocer los rendimientos asistenciales, pero no la calidad de los servicios pediátricos, ya que como dice A. Blanco (1), varían con «las peculiaridades de cada Centro, en dependencia con su tamaño, área de cobertura, recursos diagnósticos, grado de especialización, nivel investigador y docente; etc.». Los indicadores de resultados: peso al nacer, nutrición, crecimiento y desarrollo..., bien estudiados en nuestro país en los últimos años, tenemos la impresión de que son poco tenidos en cuenta.

A lo anteriormente expuesto, hay que añadir los denominados indicadores sociales: medio ambiente, grado de cultura, vivienda, trabajo, desempleo, instrucción, educación sanitaria, etc. Y por supuesto, los económicos y políticos, que generalmente son los que priman y que casi siempre se aplican, desafortunadamente, con mayor arbitrariedad que equidad.

Dejando a un lado estas consideraciones iniciales, más o menos teóricas, pero de extraordinario interés práctico, todos estamos de acuerdo en un hecho demográfico indiscutible: descenso en España durante los últimos diez años de las tasas de natalidad y fecundidad, con reparto variable según las regiones. Lo abrupto de este descenso, prosigue desde 1974 hasta el presente.

En efecto, nacieron en España en 1974, 682.010 niños —tasa de 19,47—. En 1983, la cifra global bajó a 475.743 nacimientos —tasa de 12,45—. El índice anual de fecundidad era en 1954 de 2,46 niños por mujer. En 1964, de 2,90. A partir de este año, se inicia el descenso, con brusca aceleración desde 1977. La tasa estimada para 1984 era de 1,68 y de 1,56, para 1985. La importancia del fenómeno radica en que el reemplazamiento generacional, exige que cada mujer ha de tener por término medio una hija, que a su vez procrea. Al nacer aproximadamente 105 niños por 100 niñas, se precisa que nazca una niña por cada 2,05 nacimientos, a fin de compensar el 2 % de mujeres que mueren antes de llegar a la edad media de procreación. Temiendo en cuenta esta pérdida, se estima que el índice anual de fecundidad para que se mantenga la renovación generacional, debe ser del orden de 2,1 niños por mujer.

Aceptando lo antedicho y sin entrar por ahora, en la polémica discusión de la importancia y significado de estos indicadores, se concreta nuestro objetivo, en hacer algunas reflexiones sobre el artículo de Ernest Lluch, «Más nacimientos previsibles» (2). El autor, hasta hace poco Ministro de Sanidad y Consumo, parte del hecho cierto del descenso de la natalidad en España, para afirmar «que las repercusiones de este proceso en el mundo sanitario son evidentes e incluso en nuestros hospitales, la reducción de los servicios materno-infantiles es bien visible. El Materno-infantil de Valladolid, aparece como un testimonio de una planificación demográfica y sanitaria inexistentes». El subrayado es nuestro.

¿Son válidas estas afirmaciones?... En nuestra opinión no se pueden suscribir, al menos en lo referente al Hospital Materno-Infantil (HMI) de Valladolid. Por ello queremos dejar constancia, también de forma sosegada,

de nuestras discrepancias a lo que mantiene Lluch en la sección de la revista donde colabora, bajo el epígrafe de «Repensando con sosiego».

La planificación demográfica de los hospitales infantiles debe de tener en cuenta a los neonatos, pero también a toda la población comprendida entre los 0 a 14 años —edad que se prolonga unos años en algunos países—. Y no es adecuado equiparar el descenso de la natalidad con la disminución de la población infantil. A principio de los años setenta, el HMI de Valladolid se programa para cubrir las necesidades de esta ciudad, pero sobre todo para dotar a la Comunidad de Castilla y León de un Centro de nivel terciario del que carecía y sigue careciendo. ¿Y cuál era su población y cuáles han sido sus variaciones hasta 1986? La Tabla I revela que de 1970 a 1986 el incremento de habitantes ha sido en España de 4.356.715 (11,3 %). En Valladolid, de 78.082 h. (15 %). Castilla y León han perdido 85.126 h. (3,1 %).

TABLA I
POBLACION DE ESPAÑA, CASTILLA Y LEON Y VALLADOLID

	1970 Censo	1975 Padrón	1981 Censo	1986 Padrón*
ESPAÑA	34.041.531	36.012.682	37.682.365	38.398.246
C. Y LEON	2.668.289	2.563.355	2.583.137	2.583.163
VALLADOLID	413.026	450.425	481.786	491.106

* Cifras sin carácter oficial, por no ser aprobadas en Consejo de Ministros. Fuente ONE.

Veamos ahora cuáles eran las previsiones de población para España en cuanto a su población total y la inferior a 15 años. Pueden apreciarse en la Tabla II, que recoge las proyecciones efectuadas por el Center for Population Studies de la Universidad de Harvard en 1977.

TABLA II
PROYECCION DE LA POBLACION ESPAÑOLA (MILES DE HABITANTES)

Año	Población Total	Población menor de 15 años
1975	35.430	9.562
2000	42.293	9.471
2005	47.064	9.577
2050	49.247	9.598
2075	49.774	9.589

Cabe objetar que estas previsiones realizadas para un siglo pueden no cumplirse. Es posible. Pero tal hecho nos lo cuestionamos hoy, en 1987, tras el reciente trabajo de C. Miguel Castaño y A. Agüero Menéndez (3),

que prevén un crecimiento menor en la población total y en particular en la de menos de 15 años, que el previsto en el trabajo del Centro de la Universidad de Harvard.

Por otra parte, un argumento que apoya el que ha sido el incremento de la población infantil y no el descenso de la natalidad, el hecho que ha marcado la planificación hospitalaria, podemos encontrarlo en lo sucedido en otras regiones. Según E. Lluch, el descenso de la natalidad y fecundidad ha sido en Cataluña, «avanzada o avanzadilla de este proceso» —mayor que en el resto de España—, «en paralelo con lo que ha sucedido en el País Vasco, y hasta cierto punto, en Madrid». Si así es, y en ello estamos de acuerdo, ¿hubo también inexistente planificación demográfica al abrirse nuevos hospitales y Servicios Pediátricos, en épocas de signo demográfico descendente? En Madrid, desde 1965, a los Centros que ya existían, se han sumado, el H. Infantil «La Paz», H. Infantil 1.º de Octubre, y los Servicios de Pediatría del H. «Ramón y Cajal» y General de Móstoles. Y cuando la disminución de la natalidad y de la población infantil en la provincia de Madrid, anuncian un previsible saldo poblacional negativo a corto plazo —es decir, en nuestros días—, se prevé la apertura de los Servicios de Pediatría de los H. Generales de Alcalá de Henares y Leganés.

¿Por qué se califica de inexistente la planificación sanitaria de Valladolid, y no la de Madrid? Aparte de la aberrante distribución geográfica de los hospitales madrileños —que se trata ahora de paliar—, ¿no parece muy probable, que prevalecieron criterios de otra índole, sobre los estrictamente sanitarios?... Siendo ecuaníme, y en apoyo de los que ahora existen en Madrid, cabe sólo argüir, una vez más, el incremento de población de esta Comunidad, que de 1970 a 1986 ha ganado 969.876 h. (20,49 %).

Si los parámetros demográficos no deben utilizarse para justificar el que se cancelara la apertura del HMI de Valladolid, cuando estaba concluido y totalmente equipado, ¿serían los restantes indicadores, los que no se tuvieron en cuenta en el momento de su planificación? Contestando a la pregunta, hay que aludir ahora a que el propio E. Lluch, cuando tenía las máximas responsabilidades en la Sanidad española, reconoció en cierto momento, la conveniencia de integrar el Departamento de Pediatría del H. Clínico y el Servicio de Pediatría del Hospital Río Hortega, en el nuevo HMI. Porque él y sus asesores sabían que Castilla y León carecían —y carecen— de Cuidados Intensivos neonatales y pediátricos; porque un Servicio y una Sección de Cirugía Pediátrica en la Región, no cubren sus necesidades; o porque la atención a la Cirugía Cardiológica, oncológica, etc., no puede realizarse con garantías y calidad sin la dotación de un Centro de nivel III.

Tampoco estamos de acuerdo con E. Lluch en alguna otra cuestión. O al menos en su interpretación de algunos hechos. Basándose el ex-ministro en un reciente trabajo de las demógrafas Ana Cabré e Isabel Pujadas, con datos definitivos sobre fecundidad en Cataluña hasta 1985 —recuerdo que en el resto de España sólo contamos, desde 1980, con estadísticas provisionales—, prevé que estamos en un cambio de tendencia: los 65.000

catalanes nacidos en 1985, darán paso en el año 2000 a una cifra de 90.000 —hipótesis baja—, a 105.000 —hipótesis alta—, y que con algunos retrasos, esta mejora se puede ir produciendo en el resto de España, «todo ello si no la contrarrestan factores sobre todo culturales».

Esta es por supuesto, una previsión a tener en cuenta —con datos fiables—, para Cataluña, pero ¿por qué sólo se valora el período comprendido entre 1985 y el año 2000?... Como se aprecia en la tabla recogida de las demógrafas citadas, este ascenso en los nacimientos se estaciona del 2000 al 2005, y de nuevo desciende este año al 2010, con cifras de 79.197/89.015 nacimientos. Se hacen obligadas algunas preguntas: ¿qué datos demográficos han de utilizarse para la planificación sanitaria de Cataluña?... ¿los del intenso descenso de 1970 a 1985, con una tasa de 1,47?... ¿los del incremento de 1985 al 2000?... ¿los del nuevo descenso entre el 2000 y el 2010?... Y un corolario también como interrogante. ¿Cree E. Lluch que la frustrante y discriminatoria asistencia hospitalaria infantil de nivel III en Castilla y León, se hubiera aceptado en Cataluña? ¿Imagina la respuesta de los catalanes ante la negativa del INSALUD y el decreto de la muerte antenatal de un HMI necesario y concluido?

No obstante, dejando al margen nuestros razonamientos y preguntas, es desde luego sostenible que habrá una inflexión en el actual descenso de la natalidad y que tendrá lugar en unas regiones antes que en otras. La tendencia de estos cambios ha sido comentada por A. de Miguel (4) y desde luego en España, la mayor natalidad tiene lugar en épocas de bonanza económica, y la coyuntura económica oscila de forma regular y cíclica, en paralelo a otros acontecimientos políticos, y en relación incluso, con sucesos más o menos azarosos. En los últimos años, fueron periodos de infortunio los comprendidos entre 1935 y 1954 —depresión, guerra y postguerra—. De bonanza, los del desarrollo —1955 a 1974—. De nuevo de infortunio, los que se inician en 1975 —crisis energética— y que se mantienen en la actualidad, aunque en Cataluña vaya a producirse ya en breve la inflexión aludida. La tasa de fecundidad desciende progresivamente, pero los nacimientos suben y bajan de acuerdo con estas alternativas.

Una última cuestión. Tampoco consideramos acertado el que la planificación hospitalaria infantil se base en la menor ocupación de las camas pediátricas, evidenciada en los últimos tiempos. Desde luego ese descenso es tan indiscutible como el de la natalidad. Arbelo y col. (5) registran en Madrid, 1985, un total de 1.846 camas pediátricas en los 12 Hospitales o Servicios allí existentes. El índice medio de ocupación ha sido del 59,9 %, con valores que oscilan entre el 72,5 % —H. Infantil «La Paz»— y el 43,1 % —Hospital «La Alcaldesa»—. Pero, ¿a qué se debe esta baja ocupabilidad? Es indudable que además de los cambios demográficos y la disminución o inversión de los flujos migratorios, existen otros hechos: descenso de la morbi-mortalidad infantil en relación con la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias, mejor calidad de la asistencia pediátrica primaria y desarrollo de las especialidades pediátricas. En nuestro parecer la mayor in-

fluencia en la menor frecuentación hospitalaria, está relacionada sobre todo con la excelente formación que han recibido en los últimos años los residentes —no hay que olvidar que su entrenamiento se realizó en los hospitales y que fue tanto mejor, cuanto éstos eran mas cualificados—. Y junto a ello, a que en algunos Hospitales, la competencia de las especialidades pediátricas, permitió que se resolvieran sin ingreso, infinitos problemas médicos.

Justamente esto último es lo que sucedió en Valladolid, donde el Departamento de Pediatría del Hospital Clínico, venía reduciendo los ingresos superfluos a niveles inimaginados. Y se da la paradoja que este hecho se contrapone a los criterios que han servido para establecer la rentabilidad de los Centros. De acuerdo con tales criterios que no pueden calificarse más que con el apelativo de aberrantes, constituye el «desideratum» del aprovechamiento, el de un Centro indiferenciado con ocupabilidad del 100 %, aunque sea a expensas de internar los catarros nasofaríngeos y a los niños parasitados por lombrices que pican con la cola —se traduce por oxiuros—. El Centro que ahorra costosas estancias hospitalarias, no es rentable.

Sigo pensando y repensando que Castilla y León, necesitan un HMI de nivel III. Que el nonato estuvo planificado de acuerdo con datos demográficos y sanitarios válidos. Que su cancelación se contrapone al objetivo establecido por la política sanitaria del Gobierno: accesibilidad a la misma calidad asistencial a todos los españoles. Y que en nuestra Región esta accesibilidad sólo se consigue cuando nuestras futuras madres y nuestros niños se trasladan a Madrid, Santander, Oviedo, Barcelona... comunidades en las que existe lo que nos faltaba y nos falta.

Mucho nos tememos que la acentuada división que ya existe entre Comunidades pobres mal dotadas y ricas, equipadas hasta en exceso, se incrementa en el futuro. Pero en lo que atañe a política sanitaria, por motivos distintos a los de planificación demográfica y sanitaria. Así lo piensa quien esto escribe, cuyo nombre se diferencia del de Lluch, en una O vocal que no sólo marca la diferencia lingüística entre el castellano y el catalán, sino también lo que en economía e influencia política, distancia a las Comunidades en infortunio de las de bonanza.

ERNESTO SÁNCHEZ VILLARES

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO QUIRÓS, A.: *Rendimiento asistencial y control de calidad de los Servicios pediátricos*. Editorial. Bol. Soc. Cast. Ast. Leon. Pediat. 1986; 27: 261-262.
2. LLUCH, E.: *Más nacimientos posibles*. Jano, 1987, 776: 17.
3. MIGUEL DE CASTAÑO, C. y AGÜERO MENÉNDEZ: *Perspectivas demográficas y oferta de fuerza de trabajo*. Economistas. 1987, 24: 13-20.
4. MIGUEL A. DE: *La polémica sobre el descenso de la natalidad y sus causas: Diez errores sobre la población española*, Tecnos. 1984: 55-86.
5. ARBELLO L. DE LETONA, A.; PRIETO BOZANO, G. y CASADO FLORES, J.: *Asistencia pediátrica en Madrid*, 1985 An. Esp. Pediatr., 1986, 25, 4: 227-249.