



ISSN 2340-5457
Volumen X, Nº 2 (Abril 2018)
<http://www.unex.es/eweb/monfragueresilente>

REDELIMITACIÓN TERRITORIAL PARA EL NUEVO HOSPITAL DE DON BENITO- VILLANUEVA DE LA SERENA. LA SALUD COMO FACTOR DE RESILIENCIA

RE-DELIMITATION OF THE HEALTH AREAS OF MIAJADAS, ZORITA, LOGROSÁN AND GUADALUPE TO THE NEW HOSPITAL OF DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA

**D. Jesús Sánchez Rollizo¹
Dr. Julián Mora Aliseda²
Dr. José Antonio Gutiérrez Gallego³**

Revista Científica Monfragüe Resiliente. <http://www.unex.es/eweb/monfragueresilente>

Editada en Cáceres, Dpto. Arte y Ciencias del Territorio de la Universidad de Extremadura.
Elaborada conjuntamente con las Universidades de Lisboa y la Autónoma de México

¹ Licenciado en Geografía por la Universidad de Extremadura

² Departamento de Ciencias del Territorio. Universidad de Extremadura. Email: jmora@unex.es

³ Departamento de Expresión Gráfica. Universidad de Extremadura. Email: jagutier@unex.es

RESUMEN

El hospital siempre se ha considerado un elemento fundamental en el desarrollo sanitario de sociedades. Dicho servicio, en la mayoría de las ocasiones cargado de controversias. Circunstancialmente, su implantación ha tenido más que ver con herencias históricas, que con las necesidades de la población. Actualmente, el hospital genera Áreas de Salud en función de divisiones territoriales que en muchas ocasiones limitan la influencia de estos servicios a los ciudadanos, mermando así, los principios básicos de equidad. Además, las distancia en tiempo y kilómetros resultan imprescindibles a la hora de delimitar áreas de influencia hospitalarias. Por todo ello, resulta necesario generar una Ordenación Territorial, planificada y óptima, ante el establecimiento de dichos servicios.

En Extremadura se delimitan 8 Áreas de Salud, ahora bien, el área de estudio ha sido más reducida, llevando a cabo un análisis de accesos desde 22 núcleos de población al Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres y Don Benito-Villanueva de la Serena.

Palabras claves: Planificación Territorial, hospital, salud, distancia, tiempo, reordenación.

ABSTRACT

The hospital has always been considered a fundamental element in the health development of societies. This service, in most cases loaded with controversies. Circumstantially, its implementation has had more to do with historical heritages than with the needs of the population. Currently, the hospital generates Health Areas based on territorial divisions that often limit the influence of these services on citizens, as well as the basic principles of equality. In addition, the distances in time and the times necessary for the delimitation of areas of hospital influence. Therefore, it is necessary to generate Territorial Planning, planned and optimal, before the establishment of said services.

In Extremadura 8 Health Areas are delimited, however, the study area has been smaller, carrying out an analysis of accesses from 22 population centers in the Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres and Don Benito-Villanueva de la Serena .

Key words: Territorial planning, hospital, health, distance, time, reorganization.

1. INTRODUCCIÓN

Estudiar el bienestar social y sus dimensiones desde un punto de vista geográfico, tiene como ejes principales la investigación de localizaciones, distribuciones, interacciones y evoluciones espaciales. La calidad de vida, como categoría analítica compleja, posee múltiples dimensiones. Habitualmente las investigaciones ligadas con estos aspectos han sido elaboradas por médicos, epidemiológicos, antropólogos y sociólogos. Sin embargo, en muchas ocasiones no se han tomado en cuenta el conjunto de condicionantes que influyen sobre la salud, como pueden ser factores físico-biológicos, demográficos, socioeconómicos y de distribución de servicios sanitarios.

Si algo ha perseguido la sociedad durante siglos ha sido la supervivencia y las mejoras sanitarias. No obstante, el desarrollo tecnológico-sanitario de las Comunidades Autónomas ha sido desigual; sobre todo, en la dotación de equipamiento de alta tecnología sanitario (Gutiérrez, 2013).

Por ello, si algo define a una sociedad en el ámbito de la sanidad, del desarrollo, o de la evolución demográfica, esos han sido los servicios de salud pública. Así es, que el hospital ejerce gran repercusión e incidencia en el territorio. Dicha repercusión en la mayoría de los casos económica y social, ya que se entiende al hospital como eje de atracción de la población, lo que a su vez repercute en el desarrollo económico de la zona en la que se implanta. Todo territorio en el que se ha establecido un servicio hospitalario, sea del tipo que sea, ha visto influenciado de manera positiva su desarrollo, y más si el mismo absorbe a una cifra de población procedente de otros municipios, como ocurre en todos los hospitales de Extremadura.

Es importante apuntar, que los hospitales tienen como objetivo principal conseguir en todo momento la satisfacción sanitaria de la población, ajustándose así a las posibles demandas que la misma tiene. Ahora bien, desafortunadamente no todas las regiones o países se han beneficiado del mismo modo a lo que disponibilidad de servicios sanitarios se refiere, ya que se aprecian claras desigualdades incluso en el propio territorio extremeño. Todo ello, precedido por limitaciones geográficas erróneas, o por una escasa planificación por parte de las diferentes administraciones. Por ello, si algo se persigue mediante dicha investigación, es la necesaria e imprescindible Planificación Territorial a la hora de establecer nuevos hospitales. Como afirman, (Sánchez & Pérez , 2013: 587) es necesario planificar la implantación de servicios sanitarios que permitan una optimización de los recursos y a su vez posibilite un acceso a los mismos de un modo equitativo y reduciendo costes, y más en regiones de carácter periférico como Extremadura.

Por otra parte, no olvidar que es necesario realizar un minucioso análisis en el territorio, en el que se prioricen espacios que demanden o tengan mayores necesidades sanitarias, buscando así, establecimientos sanitarios generadores de continuas mejoras y no de duplicidad de servicios. Por todo ello, desde un principio y en paralelo a la planificación, la población debería estar implicada en la toma de determinadas decisiones, ya que es a la que verdaderamente le repercute positiva o negativamente la instalación y el funcionamiento de los servicios de salud.

Si hay algo importante en relación a lo comentado con anterioridad, es la accesibilidad de la sociedad hasta los servicios sanitarios. Este factor debería ser un ámbito abierto a posibles mejoras, buscando como fin comunitario la pertenencia óptima de la población en relación a la cercanía en distancia y tiempo, ya que el tiempo es imprescindible para salvar vidas en caso de urgencias. Pero no solo en urgencias, a la hora de acudir a consultas o de visitar a familiares hospitalizados, la cercanía es un factor indiscutible para seguir los principios de optimización de los servicios. Importante es apuntar, como los territorios no se deben regir por límites administrativos o provinciales como ocurre en cuantiosas ocasiones, sino que, los

hospitales deben adscribir a la población en función de la cercanía en distancia y tiempo.

Así es, que existen casos en los que la población está adscrita a hospitales que no son los más cercanos, existiendo otros más óptimos accesiblemente hablando. Todo ello influye en la propuesta de reordenación sanitaria de las áreas de estudio, a causa de la construcción del Nuevo Hospital Don Benito- Villanueva de la Serena. Además, se aporta una visión sobre la dinámica demográfica y se apuesta por un nuevo modelo de viabilidad. En las Zonas de Salud de Miajadas, Zorita, Logrosán y Guadalupe se persigue un progreso en el acceso a hospitales, comparando así dos y optimizando en función de las variables, distancia-tiempo.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Durante el desarrollo de la investigación se pueden diferenciar dos partes, aunque ambas imprescindibles para la contextualización y comprensión del tema abordado. Una primera parte, en la cual, es primordial la necesidad de revisar bibliografía e incluso legislaciones, para llevar a cabo los principios de fiabilidad y objetividad durante todo el estudio. Mientras, en la segunda parte, se realizan análisis y estudios en los que se aborda incluso el impacto científico. De este modo, dicha parte está orientada en función de los resultados obtenidos tras los estudios, lo que dota de legitimidad científica el trabajo de investigación.

Una vez abordada dicha división, apuntar que la primera parte del trabajo de investigación se ha llevado a cabo revisando diversas fuentes de información, ejemplo de ello son, (Labasse, 1980), (R. Llewelyn-Davies, 1966) (Gómez & Gómez, 2013), entre otros, además de consultar el Marco Legislativo, a la hora de definir la Ordenación Territorial Sanitaria de Extremadura.

Sin embargo, para la delimitación de las Zonas de Salud de Miajadas, Zorita, Logrosán y Guadalupe, pertenecientes al Área de Salud de Cáceres, ha sido necesario consultar el Nº 36675 del Diario Oficial de Extremadura. Concretamente el Anexo I, el Mapa

Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En dichas Zonas de Salud, se analiza la dinámica demográfica a través de los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), concretamente en la sección estadística del padrón continuo a 1 de enero de 2011 y 2017. Población por sexo, municipios y edad (grupos quinquenales).

Por consiguiente, para la delimitación del área de estudio se han utilizado datos obtenidos a través del centro de descargas del Instituto Geográfico Nacional (IGN), específicamente, las capas para elaborar la cartografía temática. Apuntar que la cartografía es elaborada a través del programa ArcGis, un programa de software y herramientas en el campo de los Sistemas de Información Geográfica.

En la que se denomina, segunda parte y análisis, se ha realizado un estudio de tiempos de accesos a hospitales. Este análisis, se efectúa desde los municipios y entidades locales menores que enmarcadas en las Zonas de Salud de Miajadas, Zorita, Logrosán y Guadalupe, hasta el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres y el Hospital de Don Benito- Villanueva de la Serena. En dicho estudio, se calculan distancias de accesos en kilómetros y minutos. Todo confirmará la hipótesis de la que parte la investigación, la mayor cercanía de cuatro Zonas de Salud, a otro hospital, en vez de al que actualmente pertenecen. Mediante la herramienta Google Maps se calculan distancia, siempre utilizando la mejor ruta, según el método utilizado. Además, destacar que las consultas siempre se han realizado a la misma hora, para así minimizar el campo de error, el intervalo de tiempo utilizado ha sido 14:00h y 15:00h, en los que el tránsito de vehículos por carreteras es mayor.

Los datos obtenidos han sido recogidos posteriormente en un libro Excel mediante el cual se llevará a cabo el cálculo de la diferencia en distancia y tiempo de acceso desde 22 núcleos de población hasta los hospitales escogidos para realizar el estudio.

Una vez se haya demostrado la hipótesis inicial se realiza un estudio sociodemográfico. En este, se realizan pirámides de población que proporcionan información sobre la situación demográfica de las Zonas de Salud, y cuál sería la

situación del Área de Salud de Don Benito- Villanueva de la Serena una vez se incluyera la población de las 4 Zonas de Salud propuestas.

3. EL HOSPITAL Y SU INCIDENCIA TERRITORIAL

A pesar de la creencia de muchas personas, los hospitales no solo ofrecen servicios relacionados con el diagnóstico o curación de enfermedades, sino que también, son centros de labores investigativas a la par que son centros de conocimiento, en lo que la formación de futuros médicos es un hecho.

Por otra parte, apuntar que el hospital resulta un lugar idóneo para actualizar continuamente las necesidades sanitarias de cada región, además de ser el lugar más apropiado para realizar continuos estudios de posibles mejoras medicinales. Ahora bien para ello se requiere de manera imprescindible la colaboración del área administrativa del territorio, persiguiendo una mejora en la calidad de vida de la sociedad.

Destacar, que para que un establecimiento pueda adquirir el concepto de hospital deber seguir al menos dos de los tres objetivos fundamentales hospitalarios que se ofrecen a continuación.

- Ofrecer hospitalización y admisión al enfermo, además de éste recibir una cama por un tiempo determinado.
- Asegurar una serie de consultas externas, en la que se preste cualquier asistencia sociosanitaria.
- Poner a disposición de la sociedad servicios de medicina e higiene, que persigan la mejora en el estado sanitario a la par que servir de prevención de enfermedades.

4. PLANIFICACIÓN TERRITORIAL Y PERTENENCIA SANITARIA EN EXTREMADURA

La Planificación Territorial, es la última fase del proceso de formulación de un plan de Ordenación Territorial (Prat, et al., 2009). Básicamente, consiste en diseñar un diagnóstico, en función de los objetivos territoriales a largo plazo, que tienen como propósito avanzar en la mejora continua del territorio y la sociedad por consiguiente. Para que el modelo territorial disponga de objetividad, es necesario que adopte los siguientes caracteres:

- Máxima sostenibilidad, optimizando la proximidad al escenario ideal.
- Eficiencia, aprovechando economías de escala y localización que maximice la producción.
- Equilibrio territorial, que plantea inversiones para favorecer la cohesión social, basando el empleo básico de ciertos recursos

Dichos caracteres, justifican la vocación del ámbito desarrollista a favorecer la sostenibilidad, equidad y a la vez prioriza el equilibrio territorial, orientado a solventar las necesidades de la población sea cual sea el recursos a ofertar. Así es que la planificación sanitaria es prioridad para la población y por ello la máxima sostenibilidad de dicha oferta debe ser un hecho.

Además, la Planificación Sanitaria parte de la determinación de prioridades que forman parte de la denominada planificación estratégica. Uno de los temas más delicados en política sanitaria es el establecimiento de prioridades. Priorizar implica elegir, y dada la limitación de recursos y demandas ilimitada de servicios, favorecerá o perjudicará a determinados individuos o sectores de población. Por ello, (Díez , 2010) trata de definir la importancia del problema en función de la proridad de acción, así destaca:

- Eficacia, consiste en obtener los objetivos propuestos al menos coste posible. No es sinónimo de recorte de gastos, ya que no siempre la opción de menor coste es la más eficiente.
- Equidad, consiste en proporcionar igual atención sanitaria a todos los individuos que tienen las mismas necesidades de salud, independientemente de otros factores. El análisis de equidad implica la medida de desigualdades en salud de la población, el acceso a los servicios o su utilización.
- Accesibilidad, característica que define la facilidad de los usuarios para acceder a los servicios o programas sanitarios. Puede analizarse atendiendo a criterios económicos, geográficos de barreras físicas o culturales.
- Adecuación, los programas al igual que cualquier servicio sanitario debe proporcionarse a quien realmente lo necesita y no hacerlo de forma inapropiada. El concepto de adecuación es dinámico, ya que puede verse afectado por los avances del conocimiento científico.
- Factibilidad, es estudio de dicho concepto se dirige a evaluar las posibilidades de éxito de su implantación pudiendo definirse: la factibilidad legal (respeto a la legislación implicada), factibilidad política (respectividad de las organizaciones y responsables políticos), factibilidad organizacional (en relación a recursos estructurales, financieros y humanos, además de coordinación de agentes y organismos implicados), factibilidad sociocultural (respeto a los valores y actitudes de la comunidad, teniendo en cuenta además las flexibilidad para adaptarse a las preferencias de la población diana y participación de las misma en diseño) y por último factibilidad ética (la que se entiende por los límites de actuación, conflictos al seleccionar los individuos objetivos del programa)

Por otra parte destacar que la región extremeña presenta ciertas peculiaridades territoriales vinculadas a su gran extensión superficial y al caso número de habitantes que alberga, afirman (Nieto Masot, et al., 2015). Cuestiones que en muchas ocasiones

repercute a la hora de acceder a servicios, como los hospitalarios, lo que se analizan a lo largo del estudio. Así es, que en muchas ocasiones las divisiones territoriales sanitarias han venido dadas por diferentes aspectos o cuestiones.

La pertenencia sanitaria de estos municipios tiene más que ver con la herencia histórica de división territorial y provincial que con necesidades, existen municipios muy cercanos a determinados hospitales, pero por pertenecer a otra provincia queden fuera de los servicios sanitarios. Por ello es importante destacar que la Planificación Sanitaria Extremeña no ha tenido en cuenta en determinadas ocasiones similitudes físicas, demográficas, sociales, o de distancia y tiempo desde el municipio de origen hasta el hospital.

El importante peso que tiene la población mayor de 65 años, representan la pertenencia de la población a una zona propia de país desarrollado, de natalidad reducida y mortalidad baja (Nieto et al., 2015). Como conclusión, destacar brevemente la continuada bajada de la natalidad y por otra parte el progresivo aumento del envejecimiento en la población, lo que en la línea de la investigación muestra la fuerte demanda de la población hacia centros sanitarios, bien de atención primaria, hospitalarios, o incluso centros de día y geriátricos para personas mayores dependientes. Por ello hay que tener en cuenta en todo momento a la población, intentando satisfacer las posibles demandas que solicita. Pero no hay que dejar atrás que este elevado 20% de población mayor de 65 años en la mayoría de las ocasiones es dependiente, en el sentido que necesita buenos medios de transportes públicos para acceder hasta los servicios sociosanitarios demandando, por ello la distancia y el tiempo ante el desplazamiento de consultar o de posibles urgencias es un factor muy determinante y que debería estar bajo planificación en todo momento

5. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio corresponde a las cuatro Zonas de Salud del sureste de la provincia de Cáceres, que a su vez se enmarcan en el Área de Salud de Cáceres. Están conformadas por 22 núcleos de población, de los cuales 15 son municipios y 7 entidades locales menores pertenecientes a alguno de los anteriores.

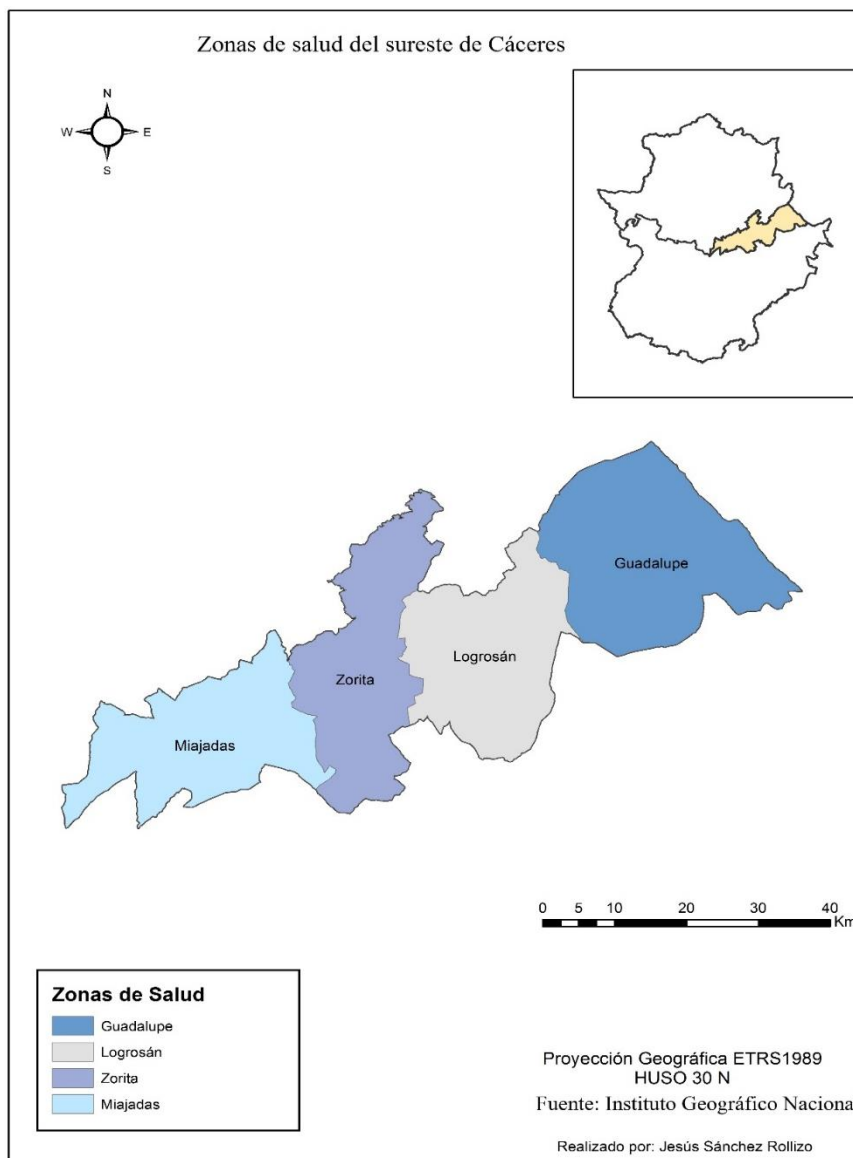


Figura 1. Zonas de Salud sureste de la provincia de Cáceres adscritas al Hospital San Pedro de Alcántara

Fuente. Censo de Población y Padrón de Habitantes. Instituto Nacional de Estadística (INE).
Elaboración Propia.

6. ANÁLISIS DE ACCESIBILIDAD

La accesibilidad es un concepto multidimensional (Lucero, 2006). Dichas dimensiones pueden estar agrupadas en:

- Existencia, aparición y localización específica de los servicios.
- Conectividad, red de circulación que permite su conexión a los puntos de demanda.
- Disponibilidad, posibilidad de absorber la demanda.
- Adecuación, optimización de la oferta en función de la demanda.
- Capacidad económica, medios de demanda para llegar al servicio.

En este punto de la investigación, apuntar que la planificación de servicios sanitarios resulta útil para poder disponer de técnicas objetivas para el análisis y así cuantificar la adecuación en función la distribución de la población en el territorio.

A través de la utilización de herramientas de cálculo de rutas óptimas, como puede ser Google Maps, se realiza el cálculo de accesibilidad. Dicho cálculo, proporciona una medida cuantitativa de la proximidad a los servicios sanitarios, concretamente a dos hospitales diferentes, de modo que pueda argumentarse y justificarse objetivamente la cobertura sanitaria de la población. El estudio presenta los trayectos dentro de un mismo núcleo a dos hospitales diferentes, de modo que se analiza de manera estratégica la proximidad lineal y directa de la población a dos complejos hospitalarios extremeños. La optimización de los equipamientos aumenta cuando se reduce la distancia y tiempo hasta el mismo, lo que avala el empleo de dichos indicador, ya sea con la separación real en el territorio (distancia), con la economía (coste de desplazamiento), o con la temporalidad (tiempo de trayecto).

Por todo ello, se ha llevado a cabo un análisis para calcular los desplazamientos a través de carreteras entre núcleos y centros hospitalarios mediante el cual se obtiene resultados como puede ser la proximidad y dependencia de los servicios entre sí. Se han estudiado 22 casos diferentes en relación a los núcleos de origen y los hospitales

de destino. En una primera aproximación, el análisis general ofrece datos sobre la proximidad de los municipios a dos hospitales diferentes. En una segunda aproximación, se ha estudiado la diferencia en distancia (kilómetros) y tiempo (minutos) desde los municipios de origen hasta los Hospitales San Pedro de Alcántara de Cáceres y Don Benito- Villanueva de la Serena.

7. RESULTADOS

A través de los resultados obtenidos de distancias y tiempo, se han generado tablas y gráficos, así como un mapa de propuesta sanitaria en función de los datos alcanzados.

En la tabla 1, se muestran los datos generados del análisis territorial, mediante la cual se ofrece una reproducción de tiempos de accesos.

Se puede afirmar, que no existe equidad en los accesos a hospitales, mientras hay núcleos de población que acceden al hospital San Pedro de Alcántara en tan solo 39 minutos, como el caso de Valdemorales, otros como Puerto del Rey o Pantano de Cíjara llegan a invertir más de 126 minutos para acceder a una consulta del hospital cacereño. Indicio más que suficiente para estudiar y analizar posibles alternativas de pertenencia sanitaria, ya que el tiempo es primordial para reducir las desigualdades de salud.

En las últimas dos columnas destaca la diferencia en kilómetros y minutos hasta los dos hospitales analizados de este modo.

De los 22 núcleos de población analizados, todos cumplen la misma tendencia, y es que, el Hospital de Don Benito- Villanueva de la Serena es más accesible, en el sentido que es más cercano en distancia y tiempo que el Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, al que dichos municipios se adscriben actualmente. Por ello es de destacar, que el Hospital Don Benito- Villanueva de la Serena supone un

importante ahorro de tiempo y distancia para la población de estas cuatro Zonas de Salud.

De un modo más concreto, es importante apuntar los núcleos de población en los que la diferencia en el acceso (distancia y tiempo) entre ambos hospitales es más significativa. Destacan con las mayores diferencias kilométricas Pizarro, Puerto del Rey, Madrigalejo, Campo Lugar, Casar de Miajadas con 60,1, 58, 50,8, 49,6, y 49,1 kilómetros de diferencia respectivamente. En cuanto a diferencia en tiempo las mayores diferencias se dan en Casar de Miajadas, Pizarro, Guadisa, Madrigalejo y Miajadas con un ahorro de 42, 37, 37, 37 y 36 minutos respectivamente.

Tabla 1. Cálculo de accesos de núcleos de población al Hospitales

Municipio	Hospital San Pedro de Alcántara Cáceres		Hospital Don Benito- Vva de la Serena		Diferencia en Km	Ahorro tiempo Min
	Minutos	Kilómetros	Minutos	Kilómetros		
Miajadas	55	66,9	19	25,3	-41,6	36
Villamesías	49	70,7	27	42,2	-28,5	22
Abertura	50	72,6	33	36,2	-36,4	17
Valdemorales	39	43,5	31	42,3	-1,2	8
Escorial	56	66,4	23	27,6	-38,8	33
Campo Lugar	54	79	25	29,4	-49,6	29
Almoharín	43	48,4	27	37,7	-10,7	16
Casar de Miajadas	60	73,4	18	24,3	-49,1	42
Alonso de Ojeda	53	63,9	26	35,1	-28,8	27
Pizarro	61	85,6	24	25,5	-60,1	37
Logrosán	76	93,6	57	64,2	-29,4	19
Cañamero	82	106	62	80,7	-25,3	20
Zorita	56	73,1	39	45,3	-27,8	17
Alcollarín	73	86,4	53	48,2	-38,2	20
Garciaz	65	78,2	61	65,2	-13	4
Madrigalejo	72	93,5	35	42,7	-50,8	37
Guadalupe	100	123	65	84	-39	35
Alía	115	139	80	99,8	-39,2	35
La Calera	119	135	84	96	-39	35
Pantano de Cijara	126	159	89	117	-42	37
Puerto del Rey	127	195	101	137	-58	26
Guadisa	118	152	81	110	-42	37

Fuente. Google Maps. Elaboración Propia

8. PROPUESTA DE REDELIMITACIÓN DEL ÁREA DE SALUD DON BENITO- VILLANUEVA DE LA SERENA

Con relación a los resultados obtenidos en el estudio de tiempos de acceso, se considera y se propone, una alternativa a la pertenencia sanitaria actual, teniendo como objetivo acometer con rigor y objetividad el acceso óptimo de la población hasta los hospitales más cercanos.

Las Zonas de Salud de Miajadas, Zorita, Logrosán y Guadalupe, pertenecen actualmente al Área de Salud de Cáceres, por lo que la asistencia sanitaria es ofrecida por alguno de los dos hospitales públicos instalados en la capital provincial. Dichas zonas de salud, según el Instituto Nacional de Estadística (INE) y a fecha de 1 de enero de 2017 suman una población total de 24.912 personas. De las cuales 12.499 son hombres y 12.413 mujeres. Pero si un dato es relevante es el de envejecimiento de dicha población, resulta llamativo la tasa de envejecimiento que supera el 25%.

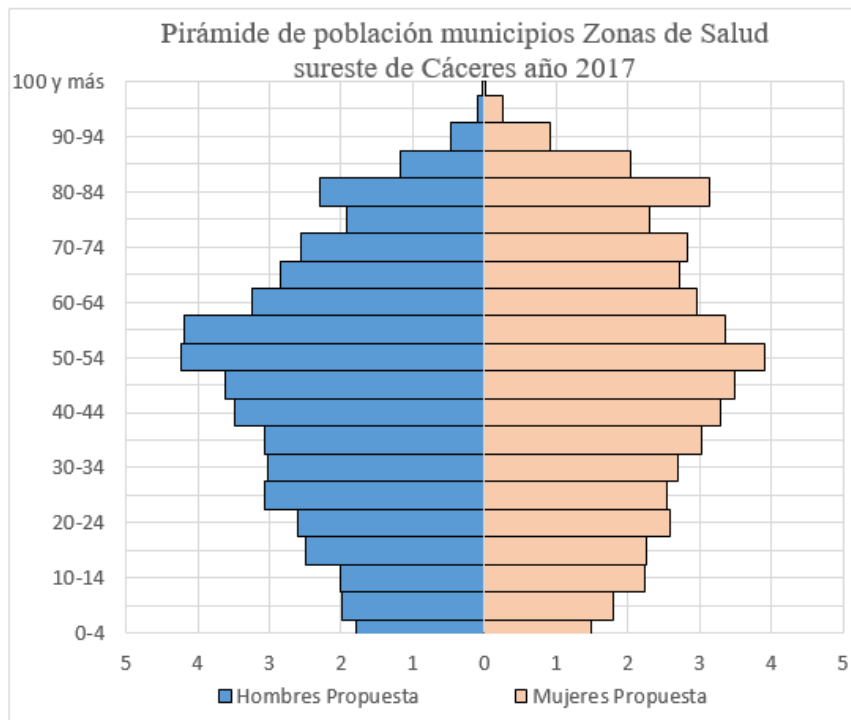


Figura 2. Pirámide de población de los municipios de zonas de salud sureste de Cáceres año 2017.

Fuente. Censo de Población y Padrón de Habitantes. Instituto Nacional de Estadística (INE).Elaboración Propia.

En la siguiente figura 2, se representa la propuesta de salud en la que se aúnan las 4 Zonas de Salud, estudiadas ya con anterioridad.

Estos datos proporcionan una información adicional y es que la población mayor de 65 años muy representativos en las Zonas de Salud del sureste de la provincia de Cáceres, va requerir cada vez mayores servicios, que deberán ser ofertados eficientemente en función de las demandas sanitarias de la población y más cuando se tiene en cuenta la cercanía en distancia y tiempo, la cual es decisiva para estos grupos de edad.

Pero si algo también cobra importante relevancia, es la necesidad de comparar las Zonas de Salud analizadas con el Área de Salud en la que se podría enmarcar en función de los resultados de accesos obtenidos con anterioridad. Por ello, se representa a continuación la pirámide de población de las 4 Zonas de Salud superpuesta con la población del Área de Salud de Don Benito- Villanueva de la Serena. Dicha superposición ayudará a entender las mayores necesidades sanitarias que demanda la población de las Zonas de Salud analizadas.

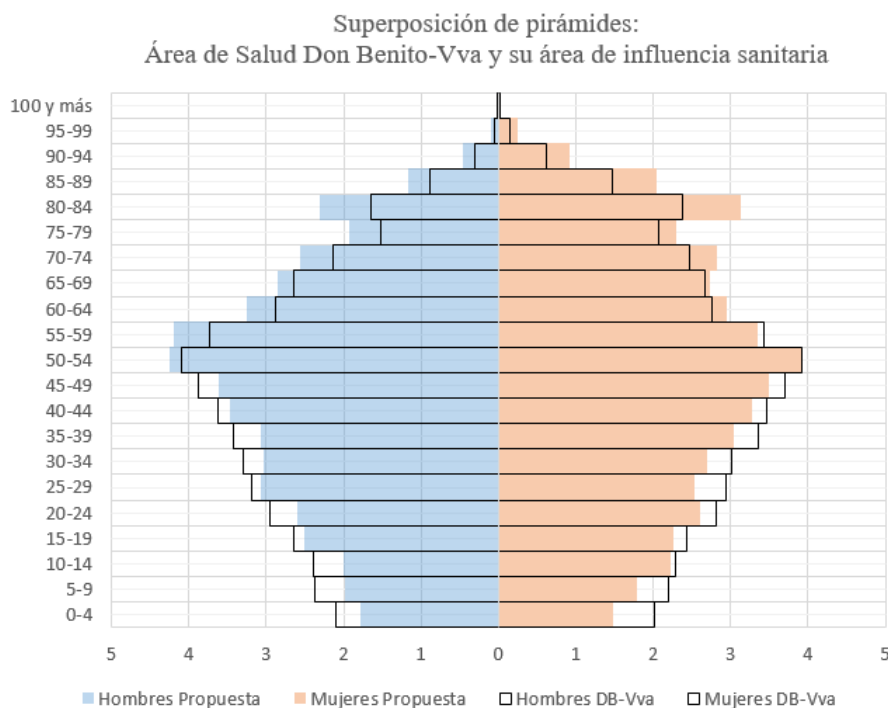


Figura 3. Estructura de la población, comparativa (2017)

Fuente. Censo de Población y Padrón de Habitantes. Instituto Nacional de Estadística (INE).Elaboración Propia.

Como ya se destacó, es una población envejecida, pero si además se superpone la dinámica demográfica del Área de Salud y Zonas de Salud del sureste de Cáceres, el resultado puede llegar a resultar incluso más alarmante. La población de las Zonas de Salud de Miajadas, Zorita, Logrosán y Guadalupe, destacan por ser aún más envejecida que la del Área de Salud de Don Benito- Villanueva de la Serena.

Todo ello, ayuda a desatar una clara percepción y es que, con relación a la representatividad de los grupos de edad sobre el total de la población, las necesidades de la misma varían, ya que no todos los grupos de edad demandan los mismos servicios sanitarios, sino que en función de la edad las necesidades varían. Como sostienen (Sánchez & Pérez, 2013: 595) los mayores de 65 años solicitan en mayor proporción servicios sanitarios de índole hospitalaria. Además, acceden a este tipo de servicios con una periodicidad 1,9 veces superior a la media para ingreso hospitalario. Este grupo de edad aglutina el 35,5% del total de ingresos.

De este modo, es de valorar la dependencia de la población al ámbito sanitario y de transportes. Además, ayuda a entender que la población envejecida al demandar mayores servicios sanitarios debería pertenecer a los hospitales más cercanos, para así combatir las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios por parte de personas que en muchas ocasiones dependen de transporte público. Población, que según el Ministerio de Sanidad, cada está vez más condicionada por un aumento de enfermedades crónica, enfermedades del aparato locomotor y discapacidad funcional, claras expresiones de esta tendencia demográfica. Además a la hora de sufrir urgencias hay que solventar el empleo de tiempo hasta el acceso de un hospital, clave en el coste de vidas humanas. Además de considerar el criterio de coste-efectividad, que garanticen la igualdad de acceso entre cualquier habitante de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Por todo ello se propone la siguiente reordenación sanitaria al nuevo hospital Don Benito- Villanueva de la Serena, el cual está aprobado para su futura construcción en terrenos expropiados por la Junta de Extremadura.

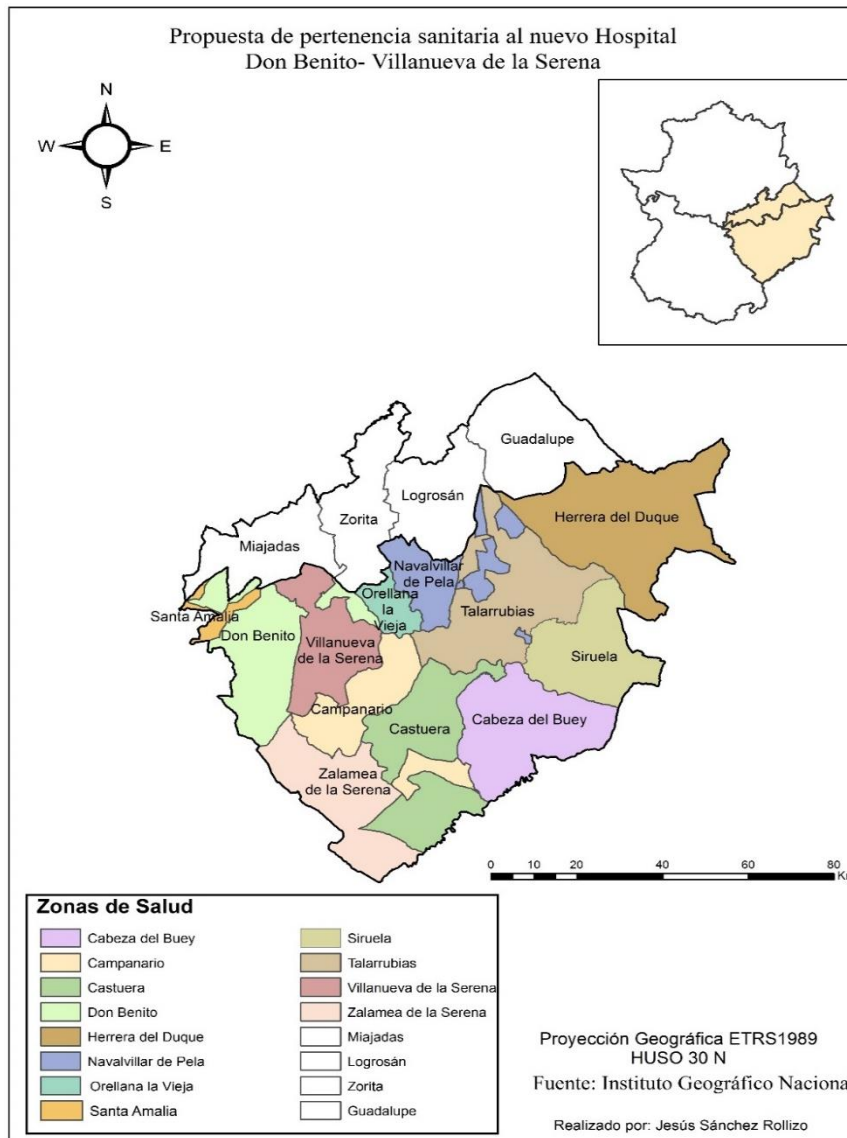


Figura 4. Propuesta de salud al nuevo Hospital Don Benito- Villanueva de la Serena.
Fuente. Centro de Descargas. Instituto Geográfico Nacional (IGN). Elaboración Propia.

La reordenación sanitaria del Área de Salud, y en función a los datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística a fecha de 31 de Diciembre de 2017, alcanzaría la cifra de 161.489 habitantes, por lo que el nuevo Hospital de Don Benito- Villanueva de la Serena, tendría que ofrecer una mayor oferta sanitaria, como puede ser un mayor número de camas, para así proporcionar una oferta óptima a raíz de la nueva demanda de 24.912 habitantes más. Por ello, realizando una equiparación a la situación de camas actual, es importante llevar a cabo una ecuación en la que si 136.577 habitantes dispondrán en el futuro proyecto del nuevo hospital de 303 camas y una cifra de 2,21 camas por cada 1000 habitantes, la propuesta de pertenencia

sanitaria, con un total de 161.989 habitantes la necesidad de camas se incrementaría hasta la cifra de 359 para así disponer del mismo porcentaje de camas por cada 1000 habitantes y con ello poder ofertar equitativamente servicios sanitarios. La siguiente tabla 4 representa lo comentado anteriormente.

Tabla 2. Áreas de salud, población y camas Hospital Don Benito-Vva de la Serena.

Área de Salud	Población	Camas	Camas por cada 1000 habitantes
Nuevo Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena	136.577	303	2,21
Propuesta Sanitaria	161.989	359	2,21

Fuente. Instituto Nacional de Estadística (INE). Elaboración Propia.

9. CONCLUSIONES

La mejora en la asistencia sanitaria es un elemento imprescindible para el funcionamiento de cualquier territorio. En este sentido y a través de la metodología empleada y desarrollada, esta investigación ha posibilitado analizar el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En las dos áreas de estudio, destaca una dinámica demográfica que ayudan a justificar los resultados obtenidos una vez realizado el análisis de accesibilidad. Resultados que reflejan los problemas de equidad de las Zonas de Salud del este de Cáceres, concretamente en el acceso en distancia y tiempo a prestaciones sanitarias, como son los hospitales. Estas desigualdades injustas y evitables son producto de una deficiente planificación territorial sanitaria.

En relación a ello y para lograr la equidad, es imprescindible la producción y difusión de información objetiva que empodere y favorezca a la toma de decisiones tanto a profesionales como a ciudadanos, los verdaderamente afectados. De ahí que ésta

investigación favorezca al diseño de una reordenación sanitaria, basándose en principios factibles y realistas que tienen como objetivo elevar el nivel y la calidad de atención, y más cuando se trata de una sociedad envejecida en la que la población mayor de 65 años representa un importante grupo de la población. Habitantes, que a su vez demandan mayores servicios sanitario y para los que el acceso más rápido a hospitales son imprescindible. Además estos grupos de población de avanzada edad en muchas ocasiones carecen de vehículo y se convierten en personas dependientes, bien de familiares o de servicios públicos de transporte.

Es necesario optimizar los recursos sanitarios de los que se dispone en Extremadura, y más si los que están por venir pueden resultar decisivos en la mejora de la sociedad, como el caso del nuevo hospital de Don Benito- Villanueva de la Serena. En función a la distancia y tiempo es necesario definir sensatamente, teniendo como objetivos criterios coste-efectividad o bien, coste-desplazamiento.

Para realizar un estudio completo sería útil analizar la misma metodología para analizar las 7 áreas restantes sin estudiar en Extremadura. Además de encuestar a la población, para así empoderarla en la toma de decisiones.

Pero si algo es imprescindible es una mejora de los transportes públicos de carretera en función a la demanda de la población mayor de 65 años.

Por todo ello la investigación tiene un importante impacto científico. Y es que, tal y como expone (Urbanos-Garrido, 2016) los problemas relacionados con el coste o la lejanía de acceso a un servicio público sanitario, constituyen la cuarta causa en importancia de necesidades insatisfechas en España y la primera en la Unión Europea. De ahí la importancia de dicha investigación y más, la necesaria reformas asociadas a la misma, combatiendo así las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, como son las hospitales, lo que abren brechas y preocupación en la sociedad.

Es por tanto, necesaria una redefinición tanto del Área de Salud de Cáceres, como de la Benito- Villanueva de la Serena, imponiendo como reto la definición sensata de pertenencias sanitaria en función de criterios como la cercanía en distancia y tiempo, superando barreras como pueden ser los límites administrativos, los que sirven como obstáculo a la hora de acceder equitativamente. Ya que reducir las desigualdades en salud, constituye una preocupación prioritaria.

La continua mejora de la calidad para los habitantes de un territorio se debe considerar elemento imprescindible para cualquier institución, llevando consigo un desarrollo sanitario que mejore la vida, por ello se recomienda:

- Repensar los criterios del actual Mapa Sanitario de Extremadura.
- Redefinición de las Áreas de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena y Cáceres en función de la distancia y tiempo (isocronas).
- Difundir información objetiva a los ciudadanos que a la vez los implique en la toma de decisiones como la pertenencia sanitaria óptima.
- Acometer en todas las Áreas de Salud las delimitaciones más favorables a los usuarios, ya que el tiempo en la salud puede ser decisivo.

10. BIBLIOGRAFÍA

Aveni, S. M., & Ares, S. E. (2008). Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y calidad de vida: un análisis del partido de General Pueyrredoón. *Revista Universitaria de Geografía*.

García Paredes, C. (2013). *Envejecimiento Demográfico y Ordenación del Territorio en Extremadura*. Recuperado el 22 de Mayo de 2018, de <http://dehesa.unex.es/handle/10662/429>

García Paredes, C. (2015). El empleo de las técnicas SIG para determinar la localización óptima de recursos sociosanitarios a escala local. En A. N. Masot,

Aplicaciones TIG en el análisis territorial. Transferencia a Universidad, Sector Público y Empresas (págs. 99-110). Cáceres.

Gómez Orea, D., & Gómez Villarino, A. (2013). *Ordenación Territorial*. España.

Gutiérrez Gallego, J. A. (2013). Propuesta metodológica para el análisis de la equidad. La cobertura territorial de equipamientos y servicios sanitarios. En A. N. José Antonio Gutiérrez Gallego (ed. lit.), *Los servicios: Dinámicas, infraestructuras y cohesión territorial*. (págs. 471-482). Cáceres.

Hernández, P. J. (1995). Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 163- 175.

Horrillo, F. (2011). *Hoy.es*. Recuperado el 18 de Mayo de 2018 de <http://www.hoy.es/v/20111118/regional/expropiados-nuevo-hospital-benito-20111118.html>

Labasse, J. (1980). *La ciudad y el hospital*. Francia: Hermann ,editeurs des sciences et des arts.

Lucero, P. I. (2006). Análisis socioespacial con sistemas de información geográfica. *Geofocus: Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica*, 5-7.

Montecinos, E. E. (2001). Planificación, participación y territorio: El caso del hospital de Río Bueno. *IV Congreso Chileno de Antropología*, (págs. 861-869). Santiago de Chile.

Naranjo Gómez, J. M., & Gutiérrez Gallego, J. A. (2013). Propuesta metodológica para determinar la accesibilidad a los recursos de alta tecnología de la red sanitaria pública

nacional. El caso de las salas de hemodinámica. En i. y. Los servicios: Dinámicas, *Los servicios: Dinámicas, infraestructuras y cohesión territorial* (págs. 535-552). Cáceres.

Nieto Masot, A., García Paredes, C., & Cárdenas Alonso, G. (2015). SIG para el análisis del envejecimiento demográfico y la gestión de recursos sanitarios y socio-sanitarios en Extremadura. En A. N. Masot, *Aplicaciones TIG en el análisis territorial. Transferencia a Universidad, Sector Público y Empresas* (págs. 225-240). Cáceres.

Pérez, A. G., Fariñas, A. G., Salvá, A. R., Gorbea, M. B., Vos, P. d., & Stuyff, P. V. *La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria*. Recuperado el 30 de Mayo de 2018 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol46_1_08/hie07108.htm

Prat, E., Pesquer, L., Miquel Olivet, J. A., Fuste, J., & Pons, X. (2009). Metodología para el análisis de accesibilidad a los recursos sanitarios: El caso de Cataluña. *Revista Internacional de Ciencia y Tecnologías de la Información Geográfica*, 250- 269.
press, E. (2018). *El 79 % de los extremeños considera que su salud es "buena o muy buena"*. Recuperado el 26 de Junio de 2018 de <http://www.europapress.es/extremadura/noticia-79-extremenos-considera-salud-buena-muy-buena-20180626153049.html>

R. Llewelyn-Davies, H. M. (1966). *Planificación y administración de hospitales*. Washington, D.C.

Sánchez Nieto, E., & Pérez Pintor, J. (2013). Análisis de la oferta hospitalaria de titularidad pública en Extremadura. Accesibilidad de la población a través de la red viaria. En A. N. José Antonio Gutiérrez Gallego (ed. lit.), *Los servicios. Dinámicas, infraestructuras y cohesión territorial* (págs. 587-604). Cáceres.

Urbanos-Garrido, R. (2016). *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuesta para lograr la equidad*. 25-30.

Fuentes

Gobierno de España. (s.f.). *Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública*. Recuperado el 22 de Mayo de 2018, de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>

Instituto Nacional de Estadística IGN (2018 de Abril de 12). *Demografía y Población*. Obtenido de <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&file=pcaxis&path=%2Ft20%2Fe245%2Fp05%2F%2Fa2016>

Google Maps. (2018). Recuperado el 2 de Mayo de 2018, de <https://www.google.es/maps>