

NECESIDAD DE UN AMBULATORIO

EN EL BARRIO DE ALZA



SIADeco

SOZIO - EKONOMI IKERKETA ELKARTEA

DONOSTIA - Alto de Miracruz - Villa Guadalupe, 1.º - Tels. 276855 - 276689 - SAN SEBASTIAN

NECESIDAD DE UN AMBULATORIO

EN EL BARRIO DE ALZA

Marzo 1981.

I N D I C E

	<u>Página</u>
<u>INTRODUCCION</u>	3
0.- <u>CRITERIOS PREVIOS PARA UNA DELIMITACION GEOGRAFICA</u>	7
I <u>PARTE - CARACTERIZACION DEL BARRIO DE ALZA</u>	10
1.- <u>Ambito territorial. Municipio de Alza</u>	11
1.1.- Datos histórico-administrativos	11
1.2.- Datos funcionales-geográficos	12
1.3.- Criterios de accesibilidad	15
1.4.- Distribución de la población	19
1.5.- Plan General de Ordenación Urbana. Planes parciales aprobados	24
2.- <u>Población</u>	29
2.1.- Evolución de la población	29
2.2.- Estimación población futura. Horizonte 1985	35
2.3.- Distribución de la población según edad y sexo	37
2.4.- Lugar de origen	44
3.- <u>Estructura social</u>	47
3.1.- Nivel de instrucción	47
3.2.- Categorías socio-profesionales de la población activa	49
4.- <u>Conclusiones</u>	52
II <u>PARTE - SITUACION CONSULTORIO ACTUAL</u>	57
- Instalaciones y equipamiento	58
- Superficie, distribución, uso	58

	<u>Página</u>
- Personal médico	59
- Servicios que presta	59
- Forma de asistencia. Personas atendidas	62
- N° de servicios que prestan otras zonas	64
 III PARTE - <u>PLAN DE ASISTENCIA SANITARIA PARA ALZA</u>	69
1.- Opciones sanitarias	74
2.- Realizable de inmediato	75
3.- Realizable a corto plazo	77
 <u>CONCLUSIONES</u>	86
1.- Derecho a la salud y su asistencia	87
2.- Características específicas. Bases para una atención sanitaria primaria	89
3.- Requisito esencial. N° de cartillas	93
4.- Consideraciones finales	95

INTRODUCCION

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Un ambulatorio en la zona de Alza, es una de las necesidades más sentidas por el Barrio. Esta necesidad ha sido reivindicada por la Asociación de Vecinos y habitantes en general, en una dinámica continuada, a la realización de gestiones, trámites, entrevistas, reuniones y movilizaciones de todo tipo, a fin de conseguir lo que para ellos constituye uno de los pilares básicos del bienestar social del vecindario.

El consultorio actual data de 1966. Su instalación se realizó con carácter de provisionalidad y urgencia por razones de tipo político y para paliar la carencia de toda clase de servicios públicos que padecía el barrio.

Prácticamente desde su inauguración se iniciaron gestiones para lograr instalar un Consultorio adecuado.

El Ayuntamiento de San Sebastián adoptó el acuerdo de hacerse con la titularidad de una parcela de terreno que ha ofrecido al Instituto Nacional de la Salud para que sea destinado a la construcción de un Consultorio, complementado con una serie de servicios determinados, que harían del mismo, si no un Ambulatorio, sí por lo menos un consultorio mejor dotado.

Se han celebrado -entre otras muchas- reuniones con juntas entre el Presidente y concejales de la Comisión de Sanidad y alcalde del Ayuntamiento de San Sebastián, con el Delegado Territorial y Director de INSALUD y posteriormente con el Gobierno Vasco.

La Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud de Guipúzcoa -a título excepcional- informó favorablemente a sus servicios centrales de Madrid.

Tras 14 años de lucha por un Ambulatorio, los vecinos no se han desanimado. Tampoco se ha demostrado que éste no es necesario. Hoy, sigue siendo un tema vivo en los habituales medios de comunicación.

Finalmente, el Ayuntamiento de San Sebastián, ante la presión constante social del entorno, consciente de que la solución definitiva no es de su competencia, ha acordado adjudicar a la empresa SIADECO, el estudio del tema.

Es pues evidente que la finalidad del presente estudio no es otro que el de, recogiendo el sentir de los habitantes del barrio, demostrar, de la manera más objetiva y científica posible, la necesidad de un ambulatorio en la zona de Alza.

No se trata con ello de suplantar en ningún momento, el protagonismo del barrio en su trabajo por la consecución del Ambulatorio, sino más bien lo contrario. De dotarlo de una herramienta que debidamente utilizada, sustente y empuje a su larga historia reivindicativa hasta su consecución.

METODOLOGIA UTILIZADA

La realización de este estudio requería un trabajo -
previo; delimitación territorial del área a estudiar. Tras reu -
nión con los componentes de la Comisión de Sanidad del Ayunta -
miento de San Sebastián se decidió, que el mejor marco para el -
estudio por diferentes motivos era, el correspondiente al anti -
guo municipio de Altza.

Su delimitación ha sido realizada por los técnicos -
del Ayuntamiento basándose para ello en documentos gráficos y es -
critos pertenecientes a la época de su independencia.

Tras esta delimitación, las fuentes de información -
utilizadas han sido las existentes en el Ayuntamiento de San Se -
bastián (Plan General de Ordenación Urbana vigente, Planes Par -
ciales y Memorias correspondientes, Censo de población y actuali -
zación del mismo así como el estudio sociológico de San Sebas -
tián de 1977.

Afortunadamente, y gracias a la visión de su Director/a,
el Censo de San Sebastián conserva de alguna manera la demarca -
ción del antiguo municipio de San Sebastián a través de su dis -
tribución zonal por distritos. Uno de sus distritos por entero,
corresponde al antiguo municipio de Alza. Parte de nuestro traba -
jo ha consistido en una caracterización de este distrito o anti -
guo Altza. Ello planteaba la dificultad de que en su término se
asientan barrios enteros y partes de otros barrios.

Con la colaboración de los técnicos del Ayuntamiento
de San Sebastián -a quienes desde aquí agradecemos vivamente- -
los resultados de la exploración en ordenador del Distrito 7 del
Censo o Padrón, las elaboraciones propias, gestiones, entrevis -
tas, visitas de estudio a la zona etc. más el bagaje de datos, -
técnica y experiencia de Siadeco acumulados en sus 13 años de -

trabajo, hemos elaborado la caracterización del antiguo municipio, su situación sanitaria actual y unas opciones sanitarias de cara a su futuro.

Para completar, hemos de señalar la colaboración médica utilizada como aportación técnica y de profundización al tema sanitario, y el interés y colaboración previo y continuado de los habitantes de Barrio de Altza y la Asociación de Vecinos de la misma.



0.- CRITERIOS PREVIOS PARA UNA DELIMITACION GEOGRAFICA

Previamente y para demostrar la necesidad de un Ambulatorio en el Barrio de Alza, se nos plantea el problema de la delimitación geográfica o ámbito territorial del mismo.

La Comisión de Sanidad del Ayuntamiento de San Sebastián decidió que éste fuera el antiguo municipio de Alza. Sin embargo, un análisis más afinado, nos lleva a plantearnos las siguientes cuestiones:

- 1.- La zona que abarca el antiguo municipio de Alza -según la historia- es muy amplia. Su extensión es de 15 Km². Y aunque hoy en día todavía se siguen cuestionando sus exactos límites, existe también acuerdo en que al Norte limitaba con Pasajes de San Pedro y Ancho hasta el límite con Renteria junto a la ría de Molinao. Al Sur con Astigarraga (C^o Garciategui-camino de Petritegui) y al Este y Suroeste sus límites con San Sebastián arrancaban del río Urumea y pasando por el depósito de aguas del monte Ulia (junto a V^a Sta. Teresa) llegaban hasta el mar en la proximidades del cuartel de carabineros de Mompas. Incluía barrios tan importantes como Intxaurreondo, Alto de Miracruz, Bidebieta, Herrera, Oleta, Sta. Barbara, Buena Vista, Molinao, y partes de Ategorrieta, Eguia y Martutene.
- 2.- Este ámbito que bien pudiera en principio presentarse unificado, geográfica y quizás administrativamente en un próximo futuro, tiene sin embargo como handicap, 2 fuertes barreras que inciden de manera importante en su accesibilidad actual. Estas son:
 - . el ffcc. RENFE
 - . autopista-variante y carretera N-1
- 3.- El conjunto de esta zona cuneta al 12-X-79 con una población de 41.740 habitantes.

Cara al objetivo del estudio "Necesidad de un ambulatorio en el Barrio de Alza", y añadiendo algo más a las cuestiones anteriores, nos preguntamos:

- 1º.- Se trata de una zona que engloba a algunos barrios enteros y a otros en parte, geográficamente unificados desde el punto de vista territorial pero separados por las barreras del ffcc. y carreteras citadas, que configuran a barrios diferentes, sin interrelaciones entre sí.
- 2º.- Tomando el antiguo municipio de Alza como ámbito geográfico, se plantea de inmediato el problema de la localización idónea. ¿Es Alza la mejor ubicación para esta zona? Los habitantes de Martutene, Intxaurreondo, Bidebieta, traspasarían las barreras físicas y psicológicas para acudir al ambulatorio de Alza?.

Como alternativa a esta disyuntiva, nos planteamos si la delimitación geográfica que proponemos a continuación no sería más viable.

Partiendo desde Herrera, tomar toda la antigua zona de Alza, que incluye Oleta, Sta. Barbara, Larratxo, Buena Vista y Molinao. Prescindir de Bidebieta, Intxaurreondo y Alto de Miracruz. Así mismo de la parte correspondiente a las zonas de la parte de los barrios de Martutene, Eguia y Ategorrieta. Incluir sin embargo los 2 Polígonos de Intxaurreondo, Polígonos 11' y 11" promovidos por el Ministerio de la Vivienda y que actualmente, tras la nueva remodelación, se está desarrollando. Es un Polígono en MARCHA. Este ámbito territorial tendría a nuestro juicio varias ventajas. (Véase plano adjunto).

- 1º.- Situado todo él a la derecha de la carretera N-1, sin las 2 barreras del ffcc. y variante y sobre la que está prevista una red arterial que partiendo de Loyola, enlaza desde Ategorrieta con la variante, unificaría las 2 zonas en 1, dotándole de una accesibilidad notablemente superior a la actual.

2º.- En dicho Polígono está prevista una población de 14.000 habitantes que sumados a los 16.469 al 31-12-79, suponen 30.469.

3º.- El equipamiento sanitario previsto en el Polígono 11' y 11" es de una Policlínica de 200 m² construídos en 3 plantas sobre una parcela de 900 m².

Son estas razones las que nos inducen a reconsiderar el ámbito territorial y plantearlo a los interesados para tomar una decisión conjunta. Esta decisión es urgente y previa a la realización del trabajo.

Consideramos que esta segunda delimitación es más homogénea y contiene una población suficiente para que tenga derecho -dada su situación geográfica- para ser equipada con un Ambulatorio, Centro de Salud o Consultorio más completo.

Planteadas estas cuestiones a la Asociación de Vecinos de Alza, la decisión al respecto no es unánime. Algunos opinan y dan su conformidad a la alternativa, mientras que el resto piensan que esto sería hacer futurismo puesto que el Polígono de Intxaurreondo es aún un proyecto y sus necesidades actuales se llevan arrastrando desde hace años, y son reales y antiguas a la vez.

Finalmente Siadeco decide respetar el criterio de la Comisión de Sanidad del Ayuntamiento de San Sebastián, puesto que ellos son oficialmente los promotores del estudio. Se considera que, ademas la localización idónea, sería un problema o cuestión posterior.

La zona a estudiar es pues la que corresponde al antiguo municipio de Altza y a ella se hace referencia en el análisis posterior.

PRIMERA PARTE

CARACTERIZACION DEL BARRIO DE ALZA

1.- AMBITO TERRITORIAL. MUNICIPIO DE ALZA

1.1.- Datos histórico-administrativos (1)

Hoy Alza es un barrio de San Sebastián pero a través de su azarosa, y no siempre muy definida historia, aparece una constante y esta es su independencia administrativa total del Ayuntamiento de San Sebastián. Enrique IV confirmó una concordia en 1461 incluyendo explícitamente a Alza -entre otros- sobre el ejercicio de los corregidores, etc. Desde esta fecha, la relativa independencia de Alza y la hegemonía total sobre ella, a la que aspiraba San Sebastián, dieron por resultado una larga sucesión de pleitos entre ambas.

De esta historia merecen especial mención 3 fechas:

- 1.- Por real orden de 29 de Octubre de 1821 Alza obtuvo la declaración de que podía constituir un Ayuntamiento independiente de San Sebastián.
- 2.- En 1910 consigue el título de VILLA y con ello borrar toda sombra de antigua dependencia.
- 3.- En 1939 fué aprobada la fusión con el Ayuntamiento de San Sebastián y en 1940 la anexión quedó consumada.

A pesar de que la citada fusión con el Ayuntamiento de San Sebastián, fué aprobado en un clima de gran cordialidad, las relaciones históricas habían estado siempre envueltas en la desconfianza y el recelo.

Las aspiraciones del Ayuntamiento de San Sebastián sobre Alza fueron una constante. La extensión, belleza y situación de su término invitaban a ello.

(1). Fuente: Alza y Astigarraga. Felix Elejalde y Juan Erenchun. Edit. Caja de Ahorros Municipal.

Alza aceptó finalmente la fusión por razones de tipo económico. San Sebastián por su parte, se comprometió solemne - mente con el municipio de Alza como con el suyo propio, garanti - zando a sus habitantes paridad de derechos y obligaciones con - los de la ciudad de San Sebastián. Mas la realidad ha sido muy diferente, razón por la que la cordialidad citada el año de fu - sión no ha prosperado, sino todo lo contrario. La realidad cua - si suburbial de esta zona es patente y conocida, aunque se pre - tenda ignorarla. Olvidando las más elementales leyes urbanísti - cas la especulación se ha recreado en él.

Sus habitantes saben que tienen las mismas obligacio - nes que los de las mejores zonas residenciales de la ciudad, pe - ro no sus derechos, ni los servicios que estos disfrutan. Se - sienten por tanto injustamente tratados.

En estas circunstancias Alza aún posee importantes - zonas que según el vigente Plan General de Ordenación Urbana - pueden ser desarrolladas. Mas sus habitantes son hoy más conscien - tes de su situación. Reivindican servicios, una mejor urbaniza - ción, impuestos más equitativamente distribuidos y un largo etc. En cualquier época u momento pueden reivindicar de nuevo, una - vez más en su historia, SU INDEPENDENCIA MUNICIPAL.

1.2.- Datos funcionales-geográficos

Si el objetivo del estudio se centra en la demostra - ción racional de la necesidad colectiva que manifiestan los ha - bitantes de Alza, es de sentido común que el ámbito del estudio a analizar sea el territorio de Alza.

Antes hemos hablado de sus límites históricos al - plantearnos su demarcación. Los que ahora señalamos son los que nos ha facilitado el Ayuntamiento de San Sebastián.

Mas qué es Alza? Sus límites estrictos son los si - guientes: (1)

(1). Véase mapas adjuntos de esta delimitación. Fuente: Ayuntamiento de S.S.

.- Descripción de límites del municipio de Alza, anexionado actualmente a San Sebastián

Límite Norte: Línea próxima a la divisoria de aguas del Monte Ulía con una longitud de 1 Km., desde las proximidades del caserío Mendiola hasta un punto situado al Norte del comienzo de la carretera de subida a Ulía.

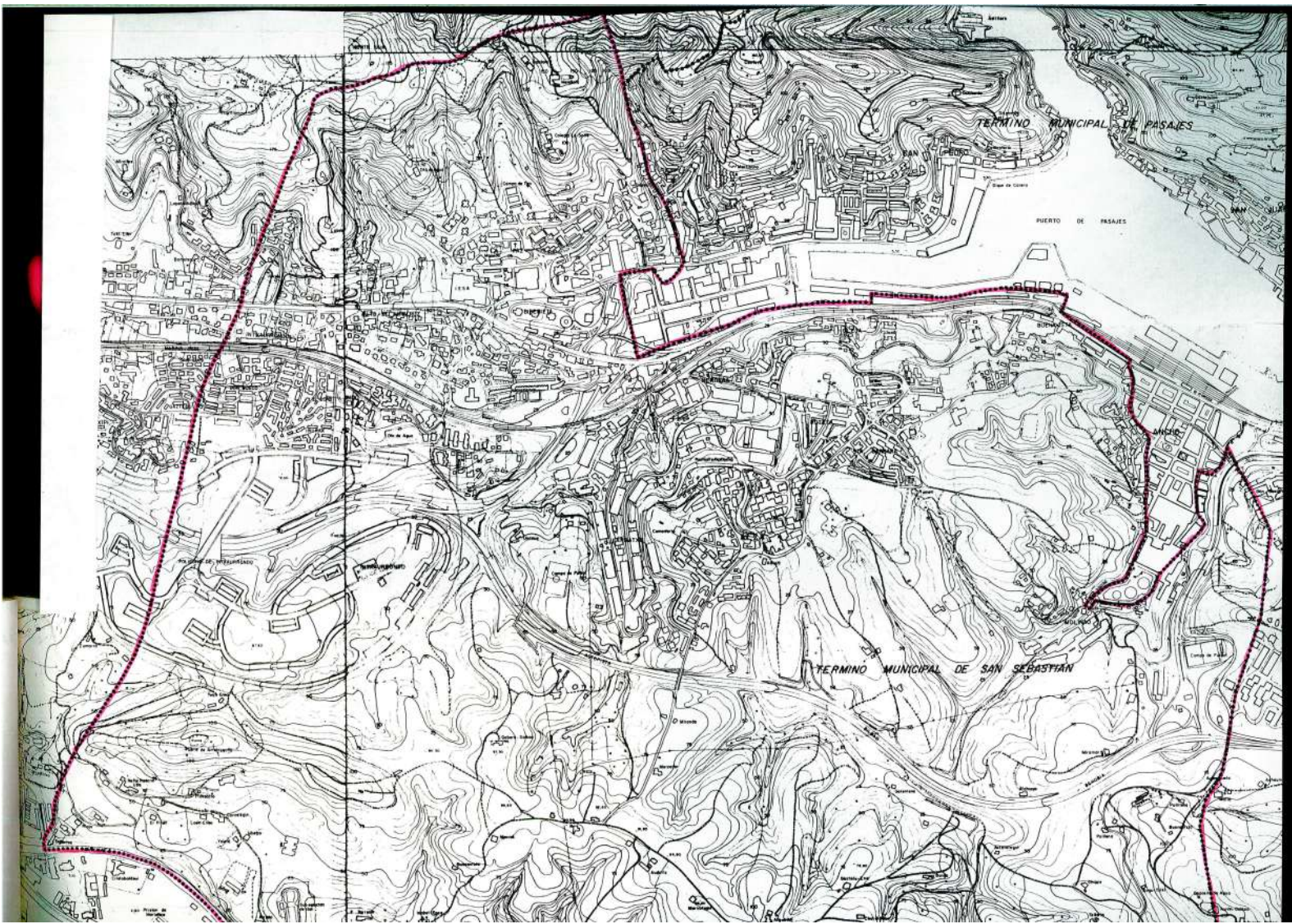
Límite Oeste: Desde el citado punto sigue una línea en dirección Sur-Sudoeste, cruzando la carretera N-1 a unos 100 m. del acceso de la carretera de subida a Ulía, atravesando el barrio de Intxaurreondo entre los grupos de viviendas denominados San Luis y Don Bosco. El barrio de Marrutxipi queda fuera de la delimitación. Se atraviesa el polígono de Intxaurreondo del I.N.V., continuando hacia el Sur hasta llegar al puente de Txomin Enea, y de ahí, siguiendo la orilla del río Urumea hasta llegar al meandro existente junto al acceso a Petritegui.

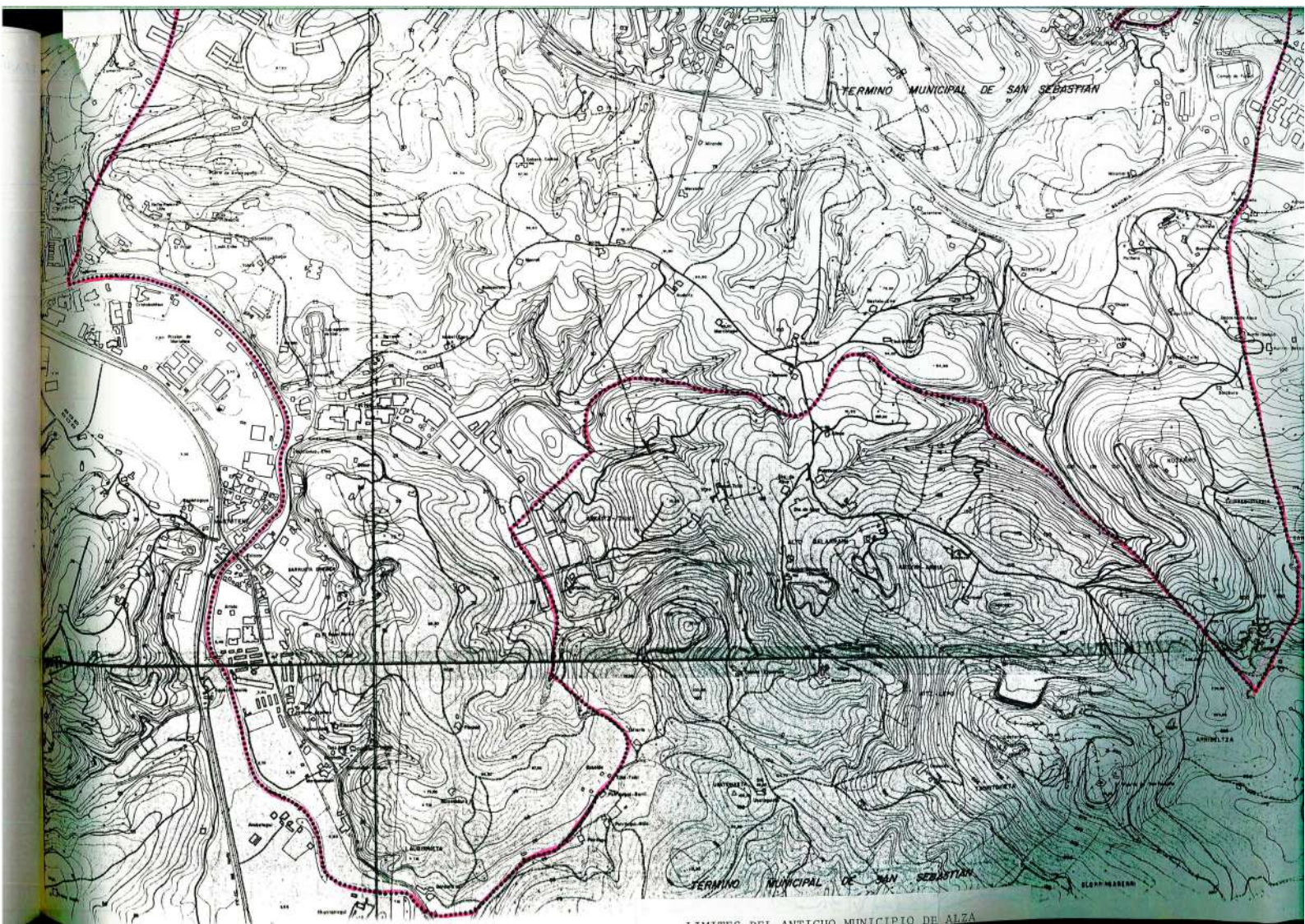
Límite Sur: Siguiendo la carretera de acceso a Petritegui hasta llegar a las proximidades del vertedero de basuras, que queda fuera de la delimitación. De ahí hacia el Norte, hasta el actual polígono industrial 27 de Martutene, que queda parcialmente dentro de la delimitación. Desde dicho polígono hacia el Este, siguiendo un trazado muy irregular hasta enlazar con el actual límite del término municipal de San Sebastián en un punto situado al Nordeste de Putzueta.

Límite Este: Coincide con el actual término municipal de San Sebastián, cerrándose la delimitación en las proximidades del caserío Mendiola antes citado.

Dentro de estos límites se encuentran el barrio de Alza propiamente dicho (Oleta, Roteta, Sta. Barbara, Larratxo), Molinao, Buena Vista, Bidebieta, Herrera y parte de Intxaurreondo, Ulía, Eguia(1), Loyola y Martutene.

(1). La zona de Eguia ocupa territorio perteneciente a Alza pero no habitan tes.





TERMINO MUNICIPAL DE SAN SEBASTIAN

Para casi todos los donostiarras(1), Alza es el casco del antiguo municipio y sus alrededores, e.d. la parte de Alza - más alejada de la ciudad. Si ahondáramos algo más en la pregunta, llegaríamos a la conclusión de que Alza es para ellos, algo que - no está muy claro si es o no San Sebastián, ni que barrios comprende y en el que la mayoría de ellos no han estado en su vida ni una sola vez. No lo conocen. Es un barrio lejano, conflictivo, y del que es mejor no acordarse. Constituye una zona apartada y no muy concreta.

Por otra parte su territorio es de cierta importancia. Tiene una extensión de 15 Km². El uso asignado en el Plan General y posterior tratamiento -además de otras- son las causas por las que en su seno se hayan desarrollado barrios tan populosos - como Bidebieta, Roteta, Sta. Barbara, Molinao, Buena-Vista, Herrera, Intxaurreondo. Estos barrios populares y de renombre pertenecen no obstante al mismo municipio. La resonancia por ellos adquirida influye para que en la vida cotidiana se ignore que se encuentran enmarcados dentro de los límites del antiguo municipio de Altza (2).

No obstante y a nivel oficial-administrativo su unidad geográfica es perfectamente definible -con pequeños matices- si tomamos los límites señalados como término municipal.

No serían por tanto unos límites funcionales tomados por requerimiento de un servicio sino que serían dados desde muy antiguo por su municipalidad y aún hoy más.

Los límites del barrio como tal, conservan los mismos límites municipales, p.e. en el Censo y Plan General, lo cual es un dato significativo.

-
- (1). A estas conclusiones se llega a través de contactos mantenidos para la elaboración de otros estudios y que indirecta y directamente incidían en el tema que se trata.
 - (2). Otro aspecto ya señalado que inciden en la división de algunos barrios de Alza entre sí, lo constituyen el ffcc. RENFE y la carretera Nacional N-1. Porque no solo inciden sino que constituyen auténticas barreras, aunque en sí mismas sean potenciadores de unión y asentamiento.

Estos límites sin embargo dividen o parten barrios - como Intxaurreondo, Ategorrieta, Eguia y Loyola. Mas al ser éstos - (en su zona de pertenencia a Alza) los menos importantes desde el punto de vista demográfico, como se verá más adelante, estas precisiones no supondrán gran variación de cara a la finalidad que se pretende.

Es pues concluyendo, y desde este punto de vista la exigencia de mejora de un servicio lo que se requiere, desde unos límites ya dados. No se inventa nada. Se trata de señalar lo existente y lo real.

1.3.- Criterios de accesibilidad

Alza es entre todos los barrios de San Sebastián, - uno de los más alejados, no solo en distancia física (entre 8-9 Km.)⁽¹⁾ sino desde el punto de vista material de tiempo necesario para su recorrido. Una de sus razones principales se centra en la precariedad de sus accesos. Su acceso principal parte del ramal a la altura de Herrera de la carretera N-1 uniéndose con el camino al apeadero del ffcc. Renfe. Nace de este punto y tras 2 curvas muy pronunciadas comienza el acceso, único que nos lleva directamente hasta el casco de Alza. El acceso desde Buenavista, enlaza a la altura de Larratxo con el citado ramal.

San Sebastián se caracteriza por su estructura radial, hay que atravesar el centro para ir a los barrios periféricos. Esta caracterización se acentúa notablemente en el caso que nos ocupa. El ramal nace de Herrera. Para llegar a este punto hay que atravesar toda la ciudad. Partiendo del Centro, atravesar el barrio de Gros, Ategorrieta y Alto de Miracruz, hasta Herrera. Este recorrido, que supone 10'-1/4 de hora⁽²⁾, tiene en horas punta, y antes y después, un aumento de coches, personas y autobuses, que resta fluidez, formándose colas que influyen considerablemente en el tiempo de recorrido normal, y estamos en la mitad aproximadamente de la distancia que nos separa de Alza. -

(1). Desde el Casco del antiguo municipio hasta la Alameda del Boulevard de S.S.

(2). En autobús urbano.

Nos encontramos con que en el comienzo del ramal y acceso a Alza, se encuentra el mayor obstáculo para llegar a este barrio. Por la carretera N-1 el tráfico es continuo. Las entradas y salidas de ésta al acceso son -como es sabido de todos- un problema para los que van y vienen de Alza, puesto que sufren normalmente un -atasco continuo de mayor o menor duración, y para todo el que transcurre por ese tramo de la carretera, Alto de Miracruz, Herrera, etc. Mas para el que vive principalmente en Alza y su entorno, el COSTE SOCIAL es mucho más fuerte, tanto por la peligrosidad física que conlleva este trazado como por el tiempo de duración puesto que:

1º.- Hay que subir o bajar el tramo Alza-Herrera.

2º.- Traspasar la barrera y salir o entrar a la N-1.

3º.- Atravesar la ciudad con sus semáforos, embotellamientos y el cruce Bidebieta-Pasajes.

Además se ha de tener en cuenta que la superficie urbanizada de Altza(1) era

el año 1900 de	1 Ha.
" " 1950 "	7 Has.
" " 1975 "	109 Has.

Sin embargo los accesos son fundamentalmente los mismos. El Plan Parcial del Polígono 13" de Altza aprobado el 31-3-67 y que es lo que hoy se llama Alza, prevista como zona residencial colectiva, con 3.320 viviendas, hoy ya prácticamente desarrollado en su totalidad, se consignaba que la carretera existente de acceso, habría de transformarse en una vía de 14 m. de anchura de calzada, protegida por una faja libre de edificaciones de 40 m. Proyecto que por supuesto no se ha realizado y que ha quedado sobre el papel.

(1). Altza, refiriéndonos no a la totalidad de su término municipal, sino a Alza, Larratxo, Herrera, La Paz y Bidebieta.

Como contrapartida sería obvio hacer mención del aumento de tráfico durante estos 13 años.

La autopista y variante circundantes construídas con posterioridad no han servido para dotar a esta zona de mayor accesibilidad puesto que están cumpliendo funciones, además de las propias, de:

- acceso a la ciudad
- variantes para atravesar el núcleo urbano y
- circulación interna

Esta multiplicidad de funciones conlleva una elevada peligrosidad.

Todo ello presupone que para recorrer la distancia que separa Alza de la ciudad, el 1/4 de hora necesaria como tiempo normal, se duplica en coche y taxi y se triplica en el servicio público, debido principalmente a la precariedad de los accesos expuesto y a la falta de cumplimiento de las normas urbanísticas más elementales.

Existe una línea de transporte público: actualmente, sale de la Alameda del Boulevard y tras pasar la calle de Hernani, llega a la Avda. de la Libertad. De ahí sigue tras atravesar el puente de Sta. Catalina va a la c/ Miracruz y tras traspasarla de punta a punta sigue a la Avda. de Zurriola y por la también Avda. de Ategorrieta llega al Alto de Miracruz y sigue hasta Herrera. Ya allí, doblando por la derecha, inicia la subida al propio barrio de Alza. En su recorrido sólo hasta Herrera realiza 8 paradas. Realiza por tanto, un servicio de carácter urbano. Por este motivo es más frecuente el servicio, pero el tiempo necesario sigue siendo el mismo o aún más. La afluencia de usuarios es muy numerosa(1) y en cada parada se necesitan va

(1). Muy normal teniendo en cuenta que solo existe una línea de servicio público para un barrio de esa densidad, cumpliendo en el trayecto una doble función de circulación interna.

rios minutos para recoger al elevado número de viajeros. En conjunto, perjudica al total de viajeros, tanto al que va al barrio de Altza -en mayor proporción- como al que necesita efectuar un trayecto urbano.

Como conclusión de este apartado, y refiriéndonos a los costes sociales que indicábamos al principio, hemos de señalar -a título de ejemplo- que los habitantes de Tolosa, a pesar de su mayor distancia geográfica, precisan de la mita de tiempo que los de Altza para acceder a la capital donostiarra, en cualquier momento o día señalado.

De lo que se deriva la marginación a la que está sometida esta zona de la ciudad y de la que podemos constatar los problemas resultantes y que como consecuencia resulta un generador más de desplazamientos que los estrictamente precisos.

A este apartado habría que añadir dos observaciones:

- 1º.- Todo lo anterior es absolutamente válido para el barrio de Alza (Larratxo, Sta. Barbara, Roteta...). Sin embargo Bidebieta se halla más cercano a San Sebastián. Es un servicio público que va desde San Sebastián a Bidebieta. Su recorrido es también en zona urbana y cumple con esta función. Mas en la Avda. Elósegui y en el cruce de Bidebieta, toma esta bifurcación(1) y va directamente al Polígono La Paz, donde nace y muere el servicio. También pueden hacer uso del servicio de Pasajes-San Sebastián que transcurre frente al Polígono de la Paz y Bidebieta (Gaiztarro). Herrera cuenta con una estación de la vía del Topo, que sin duda descongestiona a la línea de autobuses y por otra les lleva al mismo Herrera. No obstante hay que ir a Amara que es donde nace. Mas así y todo es una línea de comunicación, aunque no suficiente.

(1). Esta bifurcación es realmente costosa en tiempo y peligrosa. Enlaza con la carretera que va a Pasajes. El tráfico que genera el puerto unido al de la carretera N-1 provocan verdaderos embotellamientos que dificultan y retardan mucho este recorrido, así como el de Pasajes-San Sebastián.

2º.- La puesta en marcha del Plan Parcial de Intxaurreondo 11' y 11" trae con su aprobación un proyecto de enlace en forma de "lazo" o "tijera"(1) con una conexión o vía de entrada y salida al sector de Larratxo-Alza, y que parece puede solucionar en parte los problemas que debe soportar la población del lugar.

Mas nos encontramos en 1981 y la situación actual es la que hemos descrito. Esto es solo un proyecto por ahora.

1.4.- Distribución de la población

La población total residente en el antiguo término municipal de Alza al 30-XII-79 es de 41.740 habitantes (2).

En la sección de estadística del Ayuntamiento de San Sebastián, en el último Padrón de 1975, la población se halla dividida en 7 distritos con sus correspondientes secciones. Mas el desarrollo y crecimiento de la ciudad exigían una nueva reestructuración. Así ha sido elaborada una nueva redistribución de los distritos en 16 nuevas zonas que abarcan la totalidad del municipio (3).

En esta nueva reestructuración no cambian los distritos, y aunque San Sebastián aparezca dividida en 16 zonas, ahondando en él vemos que los cambios son sobre la misma base: los distritos.

En la distribución antigua el distrito 7 correspondía casi íntegramente al antiguo municipio de Alza (4). En la nueva se redistribuyen la secciones de los mismos Distritos.

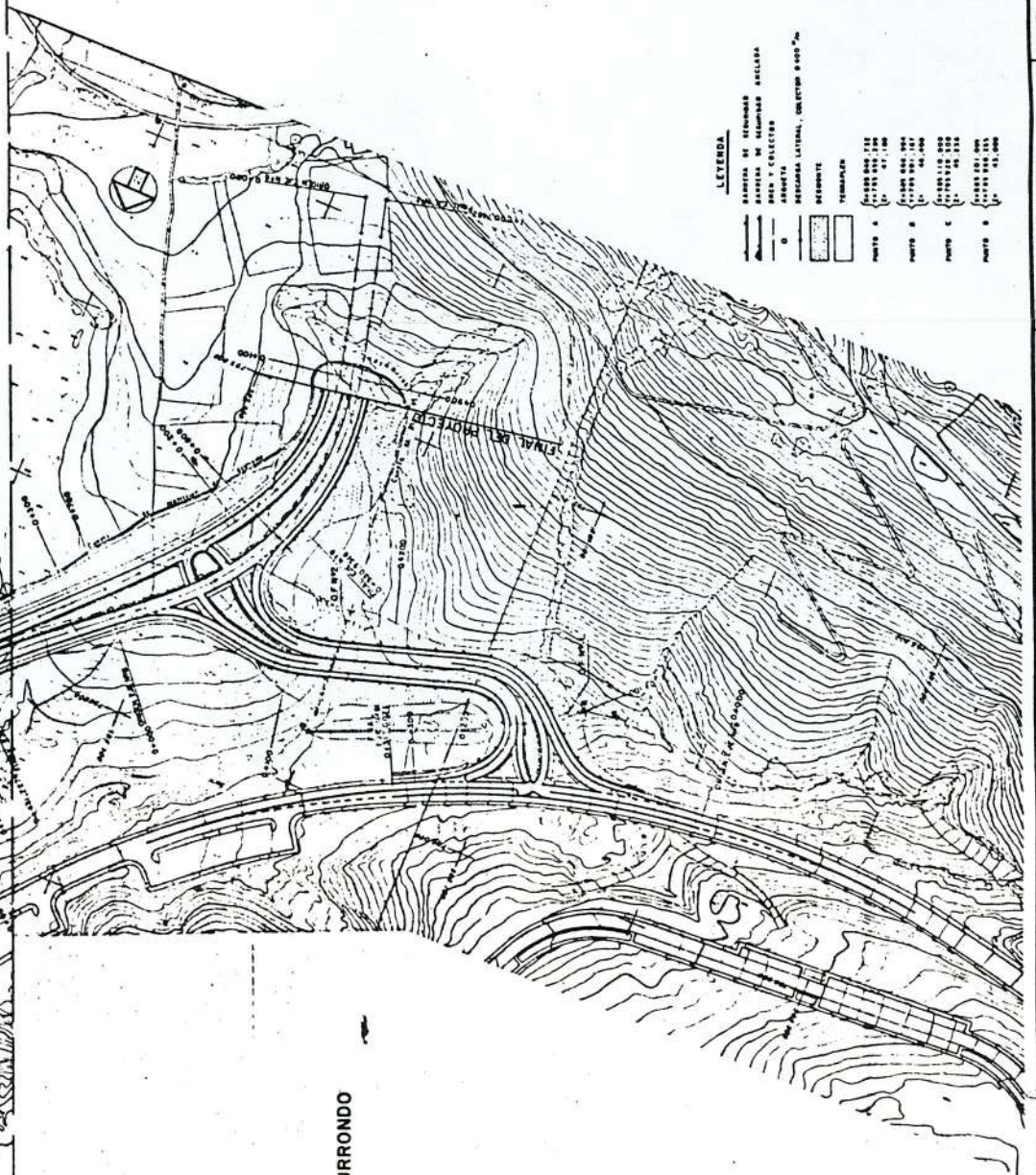
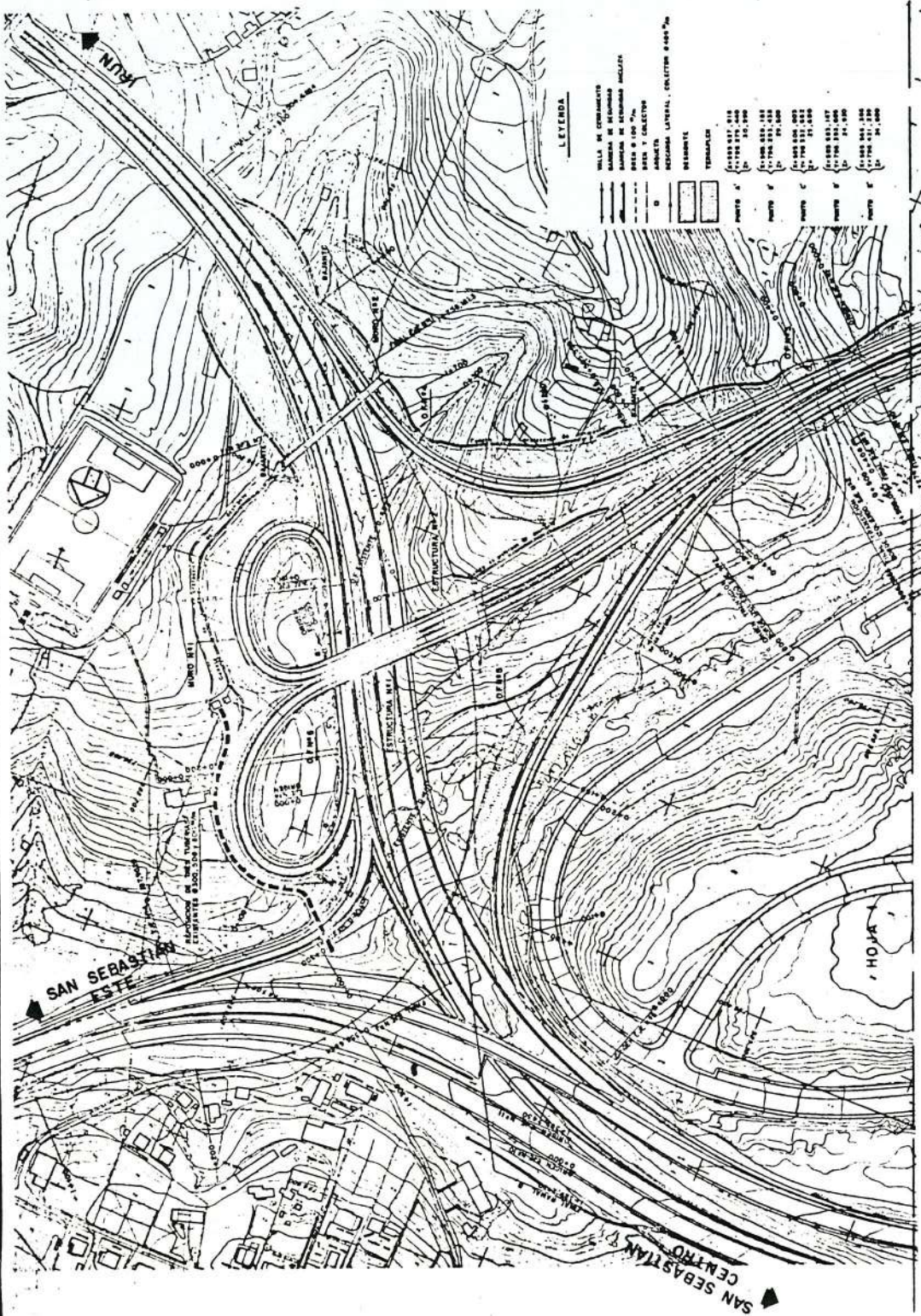
A continuación señalamos la distribución del distrito 7 en la nueva zonificación del Censo de 1975.

(1). Acceso al Polígono de Intxaurreondo en forma de tijera.

(2). Fuente: Sección Estadística del Ayuntamiento de S.S. Datos actualizados.

(3). " : Estudio sociológico de San Sebastián.

(4). En población, no en territorio, puesto que sus límites alcanzan a una pequeña zona de Eguia, Ulla y Ategorrieta.



HOJA 2

POLIGONO INCHAURRONDO

Distrito 7. Alza(1). Secciones 1-27 (ambas inclusive)

	<u>Nº habitantes</u>
Zona 10. <u>Bº Loyola, Martutene</u>	2.976
Secciones 26 y 27	7,6%
Zona 13. <u>Herrera, Bidebieta</u>	18.854
Secciones 14 y 15	48,4%
" 9, 10 y 13	
Zona 14. <u>Intxaurreondo</u>	3.100
Secciones 3 y 4	8,0%
Zona 15. <u>Altza</u>	14.040
Secciones 1,5,16,17,18,19,20,21,22,23,24 y 25	36,0%
TOTAL	38.970

A la vista de estos datos podemos definir claramente 2 núcleos importantes y otros 2 de menor importancia.

La zona 13 supone el 48,4% del total y 36,0% la 15. Sumadas ambas arroja la cifra del 84,4%. La zona 10 representa el 7,6% y el 8,0% la 14.

A la vista de estos datos podemos afirmar sin temor alguno que la población de Alza se halla asentada principalmente en las zonas 14 y 15 que comprenden Alza, Oleta, Sta. Barbara, Larratxo, Buena Vista y Molinao (Zona 15) y Herrera, Bidebieta (Gaiztarro) y La Paz (Zona 14).

Actualizados estos datos el conjunto es de una población de 41.740 habitantes que distribuidos por zonas nos da los siguientes resultados:

(1). Datos Censo 1975.

	<u>Habitantes</u>
Alza	16.469 - 39,5%
Herrera-Bidebieta	19.202 - 46,0%
Resto	6.069 - 14,5%
TOTAL	41.740 - 100,0%

Estas cifras evidencian la polarización de la población de Alza en 2 zonas. El resto se halla algo más diseminado, bien porque no afecta a la totalidad del barrio como Intxaurren do, o porque se halla más elejada como Loyola y Martutene.

Estas zonas si bien es verdad que están situados en terrenos colindantes o limítrofes unidas geográficamente en parte, también están divididas por barreras naturales como la carretera N-1, ffcc. de Renfe y por la entidad e importancia de su población.

Mas que de división sin embargo sería lógico hablar de distintos barrios en estas zonas.

Si observáramos, simplemente a vista de pájaro, la composición del número de habitantes en los municipios guipuzcoanos y a la misma fecha, Diciembre del 79, según datos de la página siguiente, veríamos que:

Del total de 80 municipios que tiene actualmente la provincia de Guipúzcoa (excluido San Sebastián):

Solamente 2 de ellos tienen

Más de 40.000 habitantes :	Irún	55.327
	Rentería	49.170

Otros 2 municipios tienen

De 30 a 40.000 habitantes :	Eibar	39.530
	Hernani	30.424 (con Lasarte)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
DELEGACION PROVINCIAL DE
GUIPUZCOA

POBLACION DE DERECHO DE LOS MUNICIPIOS DE ESTA PROVINCIA, SEGUN LA RECTIFICACION DEL PADRON MUNICIPAL DE HABITANTES EN 31 DE DICIEMBRE DE 1.979.

Municipios	Pobl.Derecho	Municipios	Pobl.Derecho
1 Abalcisqueta	354	42 Ibarra	4.391
2 Aduna	359	43 Idiazabal	2.168
3 Aizarnazabal	572	44 Iruerrieta	782
4 Albiztur	349	45 Irún	55.327
5 Alegría de Oria	1.802	46 Irura	785
6 Alquiza	294	47 Isasondo	967
7 Alzo	336	48 Larraul	203
8 Amézqueta	1.163	49 Lazcano	5.358
9 Andoain	16.791	50 Leaburu-Gaztelu	725
10 Anoeta	1.665	51 Legazpia	10.725
11 Anzuola	2.298	52 Legorreta	1.875
12 Arama	184	53 Lezo	5.430
13 Arechavaleta	6.278	54 Lizarza	806
14 Asteasu	1.405	55 Mondragón	25.344
15 Ataun	2.075	56 Motrico	5.261
16 Aya	2.103	57 Mutiloa	253
17 Azcoitia	11.384	58 Olaberría	1.492
18 Azpeitia	13.052	59 Oñate	11.162
19 Beasain	11.731	60 Oreja	108
20 Beizama	192	61 Orío	4.469
21 Belaunza	362	62 Ormaiztegui	1.207
22 Berástegui	1.022	63 Oyarzun	7.831
23 Berrobi	639	64 Pasajes	22.797
24 Bidegoyan	600	65 Placencia	5.939
25 Cegama	1.639	66 Régil	883
26 Cerain	253	67 Rentería	49.170
27 Cestona	4.001	68 Salinas de Léniz	253
28 Cizúrquil	2.887	69 San Sebastián	176.643
29 Deva	5.152	70 Segura	1.560
30 Eibar	39.530	71 Tolosa	19.377
31 Elduayen	308	72 Urnieta	12.818
32 Elgoibar	14.450	73 Usurbil	6.153
33 Elgueta	1.245	74 Vergara	17.153
34 Escoriaza	4.374	75 Villabona	5.160
35 Ezquioga-Ichaso	635	76 Villafranca de Ordizia	10.486
36 Fuenterrabía	12.220	77 Villarreal de Urrechu	6.924
37 Gainza	153	78 Zaldivia	1.871
38 Gaviria	509	79 Zarauz	15.496
39 Guetaria	2.515	80 Zumárraga	12.527
40 Hernani	30.424	81 Zumaya	7.922
41 Hernialde	266		
		TOTAL PROVINCIA	717.372

y 6 municipios

De 15 a 30.000 habitantes :	Mondragón	25.344
	Pasajes	22.797
	Tolosa	29.377
	Vergara	17.153
	Andoain	16.791
	Zarauz	15.496

El resto de municipios, e.d. 71 de los 80, tienen to dos y cada uno de ellos, menor población.

Estos datos son muy importantes y significativos. Si comparamos a nivel de conjunto, vemos que Eibar y Hernani tienen, sobre todo este último, mucha menor población.

Prosiguiendo la comparación vemos que municipios tan importantes como Mondragón y Pasajes tienen 16.396 y 18.948 habitantes menos que Alza, y más incluso. Si descendemos en la comparación en vez del conjunto a nivel de zona, se observa con una simple resta, que de las 3 zonas en que hemos dividido Alza, una de ellas sola (Herrera-Bidebieta) tiene tanta población como Tolosa y más aún que Vergara y resto de municipios del grupo de 15 a 30.000 habitantes, y tomando la zona de Alza sola también, podemos afirmar que es equiparable al municipio de Andoain y más numeroso que el de Zarauz.

A estas comparaciones vamos a añadir las resultantes de la población/superficie para conocer la densidad de este barrio donostiarra.

Pues bien, realizadas las oportunas operaciones resultan las cantidades siguientes:

<u>Municipios</u>	<u>Hab./Ha.</u>
Irún	12,91
Renteria	15,84
Hernani	7,23
Eibar	6,69
Mondragón	8,25
Vergara	2,22
Pasajes	33,67
Zarauz	10,43
Andoain	5,98
Tolosa	5,10
ALTZA	27,82

La equiparación de datos a este nivel y globalmente - considerados no es válida. Para ello habría que descender a otras pormenorizaciones. Sin embargo habría que añadir al respecto que esta densidad se registra cuando todavía no se ha urbanizado ni - la mitad de la superficie destinada a zona residencial. En el futuro esta densidad se verá incrementada notablemente.

Por esta razón nos limitamos a reflejar los datos sin analizar ni añadir comentarios al respecto.

1.5.- Plan General de Ordenación Urbana. Planes parciales aprobados

La actual situación de Alza no es ajena en absoluto a la ordenación del P.G. de O.U. de 1962 aún vigente.

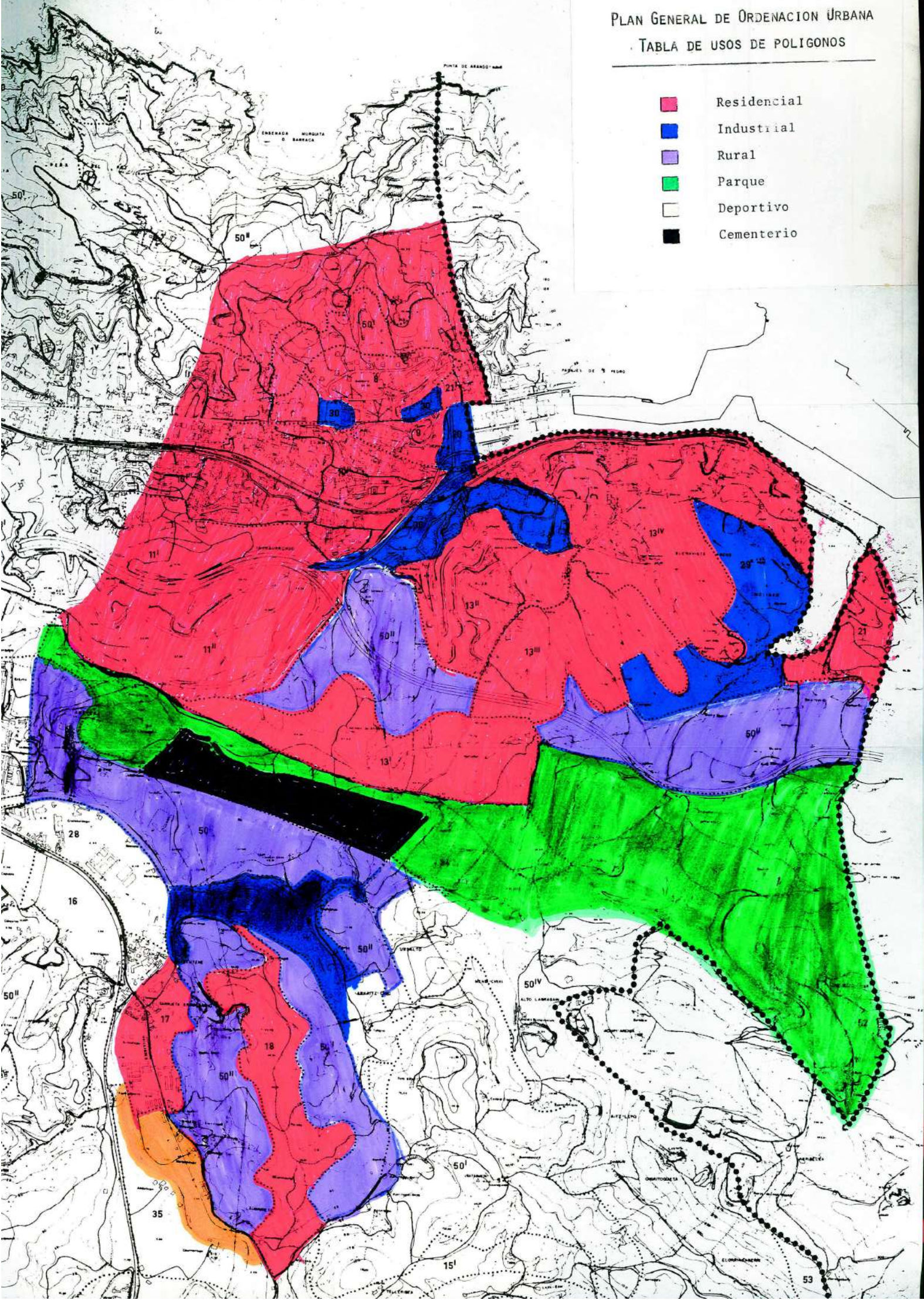
Según este Plan, el término municipal de Alza se halla ordenado en 17 Polígonos. De ellos, 8 no están sus límites incluidos en Alza, pero a sus efectos, principalmente en cuanto a nº de habitantes, si lo está. (En el plano adjunto puede observarse con más detalle, tanto su delimitación más exacta como los usos correspondientes).

El resumen del mismo es el siguiente:

PLAN GENERAL DE ORDENACION URBANA

· TABLA DE USOS DE POLIGONOS

- Residencial
- Industrial
- Rural
- Parque
- Deportivo
- Cementerio



9	Polígonos	:	USO RESIDENCIAL
3	"	:	" INDUSTRIAL
2	"	:	" PARQUE
1	"	:	" DEPORTIVO
1	"	:	" RURAL
1	"	:	" Servicios = CEMENTERIO

La suma de volumen proyectado en el conjunto de Polígonos residenciales nos da un total de 7.086.666 m³ que suponen una población aproximada de 120 a 125.000 habitantes.

Hoy, más conscientes de nuestras necesidades humanas, esta Ordenación del territorio nos parece una monstruosidad. Pero en aquella época en el que se pensaba que desarrollo era igual a crecimiento, éste se produjo a todos los niveles, sin orden ni concierto. Fué un crecimiento inusitado e incontrolado. Concretamente en el aspecto que nos ocupa y debido a una falta de planificación y control éste derivó en un aumento de población desconocido hasta esos años.

Las fuertes oleadas de inmigración que llegaron a Euskadi atraídos por los puestos de trabajo que se ofrecían, a cuyo fenómeno hemos de añadir el proceso de urbanización-desplazamiento de la población residente en zonas rurales a las más industrializadas, dieron lugar a la existencia de un serio problema de vivienda ; la respuesta a esta necesidad primaria e insoslayable como es la vivienda se convirtió en el más rentable de los negocios. Se construyó a tope, sin ninguna clase de rigor estético, destruyendo el paisaje, creándose bloques de casas simplemente yuxtapuestas, en una densidad desorbitada, carentes de toda clase de Servicios y por supuesto todos en la práctica olvidándose de las más elementales leyes urbanísticas.

La inexistencia de la correspondiente urbanización, de aspectos tan elementales como pavimentación y aceras y la insuficiencia de servicios sanitarios, educacionales, recreativos-culturales, de asistencia social... dan lugar a fuertes problemas individuales y comunitarios.

Resultado lógico, tanto de la desidia y oscura gestión de las autoridades competentes como del lucro de los particulares, constructores, y profesionales ligados a esta rama de actividad.

Sin embargo, quisiéramos señalar que no se puede mantener indefinidamente a zonas de población tan densas, carente de servicios indispensables y mínimos para el bienestar social y evitar que se conviertan en un foco de peligrosidad social.

Alza es la zona por excelencia donde todo lo anteriormente expuesto se ha dado de lleno. Algunos de sus resultados son ya de todos conocidos.

Algunos se estarán preguntando el por qué de estas afirmaciones si este Plan no se ha llevado a efecto en su totalidad y existen Polígonos que no se han desarrollado aún. Es - afortunadamente cierto. Si se hubiera construido todo lo previsto en el Plan General vigente sobre el Polígono 13 de Alza, hubiera tenido solo él una población de 57.000 habitantes. Si hoy, según palabras de un vecino de Larratxo, "si salimos todos juntos a la calle no cabemos" ¿qué bodrio se hubiera creado? Mas - el tema es alarmante por una sencilla razón. Todo el mundo sabe que un Plan General una vez aprobado se convierte en Ley y que - es prácticamente imposible que en estos Polígonos ya ordenados como "zona residencial" no se construya. Se hallan en juego muchos intereses creados "Se aprecian -a juicio de los arquitectos- en el municipio de Alza zonas amplias con capacidad física importante" y existen pocas ya en el municipio de San Sebastián.

No es ninguna barbaridad por tanto prever que los - que quedan sin desarrollar sean puestos en marcha en un plazo de tiempo más o menos breve a través de sus correspondiente Plan - Parcial.

Para empezar podemos decir que se halla ya definitivamente aprobado el Plan Parcial del Polígono 11' y 11" de In -

txaurrondo perteneciente al barrio de Alza. Es por tanto un polígono en marcha. Es más, son ya muchos los bloques en construcción.

Es cierto también que el Plan Parcial reduce la edificabilidad anterior prevista y por tanto el número de habitantes. A pesar de ello, el desarrollo de este Polígono no soluciona ninguno de los problemas de Alza. Aumenta la densidad, eso sí. Pero si no se le dota de Servicios, crecerá la zona de subdesarrollo que es hoy Alza. Y estamos en el punto al que quería mos hacer referencia. Los Servicios.

Guipúzcoa se caracteriza por la infradotación de Servicios en general. Mas en su capital se han concentrado el 35% de los Servicios Provinciales y casi el 60% de los Comarcales. El nivel de calidad de vida que ha reservado el suburbio al vecino de los barrios periféricos es muy inferior al disfrutado por los habitantes del Centro, con equivalentes muy desiguales de calidad urbana.

Pero el fondo el problema radica en que en las memorias de los Planes parciales aprobados por los organismos oficiales, y de acuerdo con la Ley de Suelo, etc. etc. se hallan previstos todos los servicios necesarios para una comunidad y su desarrollo. La realidad es que esto no se cumple, que los organismos oficiales no lo exigen, que no hay un control y que su no realización supone pingües beneficios para algunos y la vida en el suburbio para otros. Esto es cierto. Hemos venido directamente de los barrios -en los que brillaban por su ausencia todos los servicios- a la comprobación de la Memoria del Plan Parcial aprobado correspondiente y contrastada la diferencia. En dicha Memoria se ordenaban todos los Servicios. En el barrio no existía ninguno, y esto no es un caso aislado sino una constante. Un ejemplo más directo es el siguiente:

Plan Parcial del sub-polígono 13" de Alza de 1967:

Previsto: 8 Dispensarios de 200 m².

1 Dispensario de 800 m² con consulta para maternidad y algunas camas para hospitalización.

Alza 1980: 1 Dispensario de 130 m² construido en 1966 a título de PROVISIO-
NALIDAD

Y nada más.

Es por lo que, aunque el Polígono 11' y 11" consigne para esta zona la construcción de una Policlínica de 200 m² nos merece hasta su realización -de éste y resto de los Servicios- nuestra total desconfianza. Cuando los servicios sociales al p_ublico se miden por rentabilidad, nuestra sociedad ha perdido su sentido humanitario y de justicia.

El objetivo para estas zonas tan densas como Alza, - si se quiere no agravar sus problemas sería el de reequipar sus deficiencias servicitarias en vez de conceder más licencias de construcción.

En el estudio sociológico de San Sebastián, realizado en 1977, uno de sus capítulos detecta las necesidades más urgentes en los barrios. En Alza figuran las siguientes:

- Servicios sanitarios
- Vía de acceso
- Situación de abandono
- Guarderías
- Escuelas
- Centro cultural
- Club jóvenes
- Salas de espectáculos
- Vigilancia
- Pavimentación muy deficiente

2.- POBLACION

El total de la población de San Sebastián es, según la fuente anteriormente citada del estudio sociológico de 1977, de 171.954 habitantes. Alza hoy en su conjunto supone dentro del área de San Sebastián el 24,3% del total de población. Puede decirse por tanto que es una cuarta parte del total y por su puesto una de las zonas más pobladas de todo San Sebastián. Amara Nuevo (13,5%) Gros (13,1%) y Eguia (11,7%) son como puede apreciarse, inferiores con bastante diferencia. Este dato es el punto de partida de todo análisis de este tipo y el más relevante a la hora de hablar de sus inexistentes SERVICIOS. Conviene tenerla muy en cuenta puesto que sobre esta base se cimenta su realidad actual y perspectivas. Es un número de población muy considerable la que se asienta en el término municipal de Alza y a la que ha dado lugar su reciente historia y a la que le toca padecer, las consecuencias de una degradación más o menos manifiesta.

2.1.- Evolución de la población

La población del municipio de Alza ha evolucionado a lo largo del presente siglo, hasta su anexión al municipio de San Sebastián, en la forma siguiente:

Años	Habitantes	Crecimiento	
		Absoluto	Relativo
1900	2.103	580	27,6%
1910	2.683	1.322	49,3%
1920	4.005	1.420	35,5%
1930	5.425	36.315	669,4%
1980	41.740		

Fuente: Datos Siadeco.

La primera constatación que se desprende de este cuadro es que la población de Alza es en 1980, 20 veces mayor que en 1900. (Véase gráfico adjunto). Crecimiento verdaderamente extraordinario. Es el municipio que más ha crecido entre todos los de la Provincia.

En este crecimiento hay que distinguir 2 períodos netamente diferenciados. El primero desde principio de siglo hasta su anexión a San Sebastián en 1940 y el segundo a partir de esa fecha hasta nuestros días.

Primer período

El crecimiento del 1^{er} período en número de habitantes ha sido constante, sin oscilaciones de ningún tipo. En el crecimiento relativo en cambio se aprecian diferencias en este crecimiento. El más fuerte se ha producido en el decenio del 20 al 30.

Para valorar debidamente la importancia del crecimiento demográfico de Alza conviene situarlo dentro del contexto comarcal y provincial. De esta forma quedan reflejadas, con mayor claridad, las características peculiares del crecimiento demográfico de Alza.

"Hoy Alza forma parte del municipio de San Sebastián y por tanto de la comarca de San Sebastián, constituida por las áreas urbanas de San Sebastián y 7 municipios anejos: Hernani, Lezo, Oyarzun, Pasajes, Renteria, Urnieta y Usúrbil. En esta comarca se hallan concentradas el 42% del número de empresas de la Provincia y el 43% de la población (300.000 habitantes). Es ésta la 2^a concentración urbana de Euskadi después del gran Bilbao"(1).

La evolución demográfica de los citados municipios desde 1900 hasta 1979 ha sido la siguiente:

(1). Fuente: La Comarca de San Sebastián. Crónica de una formación urbana. Ciudad y Territorio 1/80.

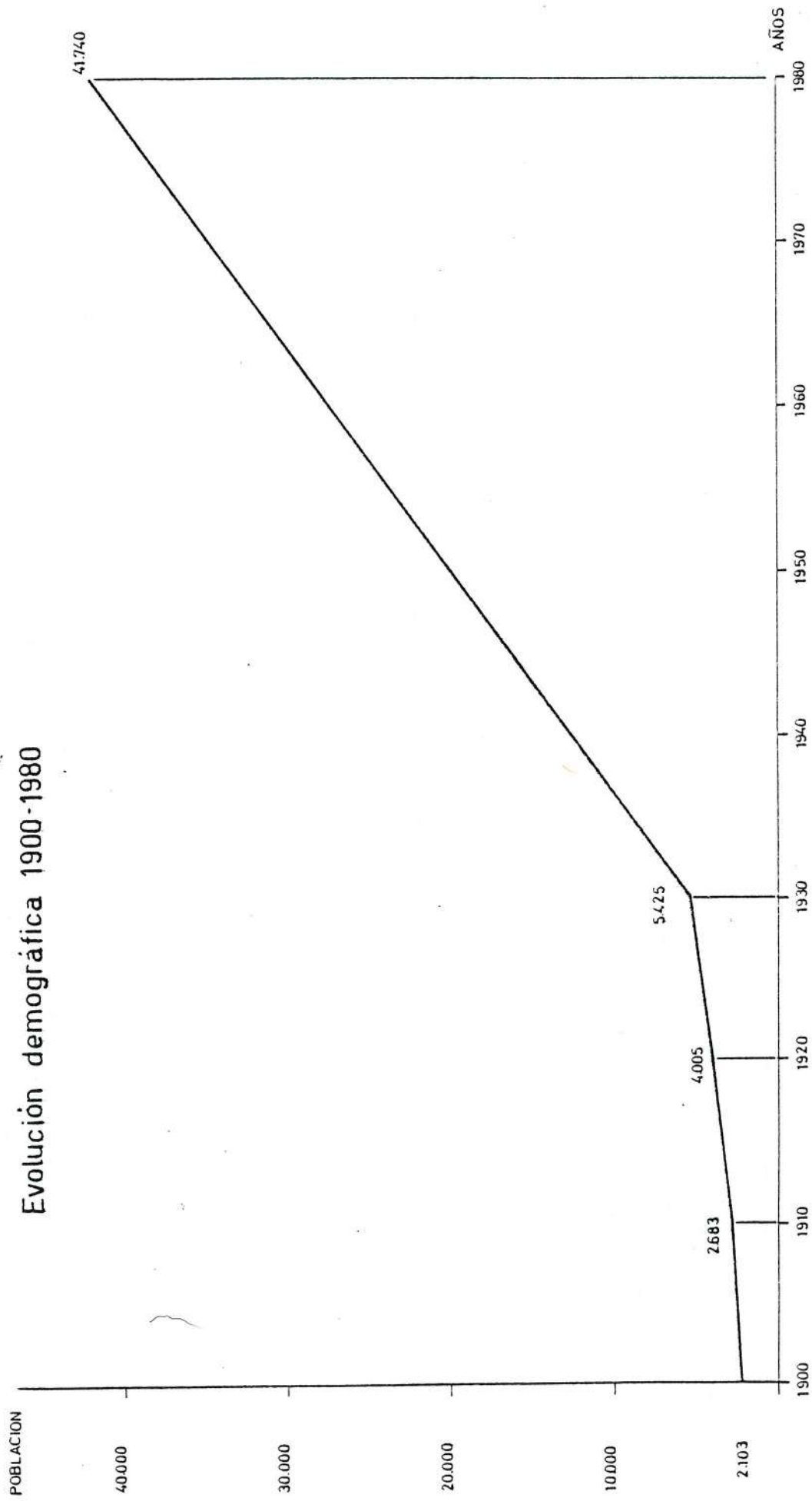
Municipios	Crecimientos intercensales								
	1901 1910	1911 1920	1921 1930	1931 1940	1941 1950	1951 1960	1961 1970	1971 1979	Δ % 1900 1980
San Sebastian	29,6	26,1	27,0	32,6	9,4	18,8	22,7	6,5	367
Hernani	17,8	24,9	16,2	12,9	20,9	52,5	78,4	30,3	728
Lezo	5,4	12,7	44,9	3,9	14,2	34,7	23,1	33,8	353
Oyarzun	7,8	-1,6	4,2	27,4	-5,5	1,4	25,4	16,8	98
Pasajes	25,1	33,6	57,6	33,3	17,4	27,9	40,5	7,9	698
Renteria	35,4	25,9	29,0	12,6	36,5	45,8	85,8	43,1	1.105
Urnieta	2,1	4,1	11,5	1,2	11,8	34,0	189,9	24,6	515
Usurbil	5,0	0,1	6,1	12,7	13,8	19,2	76,8	11,5	236
ALZA	27,6	49,3	35,5	-	-	-	-	-	1.885

Fuente: Siadeco.

En este primer período y durante los 3 primeros decenios del siglo, Alza se coloca entre los 3 primeros municipios de mayor crecimiento, y es en el 2º (1911-1920) cuando se constata de nuevo su más importante aumento sobrepasando a todos los municipios de la Comarca.

Por lo que vemos a través de su historia -y esto es importante- Alza no crece solo en población. Vive una época de esplendor. Es precisamente en 1910 cuando consigue el título de Villa y se reafirma con ello en su independencia. Para este logro aporta datos de la situación administrativa socio-económica y cultural en la que se encuentra, con lo que demuestra la consecución de un desarrollo armónico y equilibrado del conjunto del municipio.

TERMINO MUNICIPAL DE ALZA
Evolución demográfica 1900-1980



Segundo período

El decenio de 1930 a 1940 y debido a las consecuencias de la guerra civil española no se caracteriza en conjunto por un crecimiento. San Sebastián sin embargo obtiene el mayor índice de crecimiento decenal de todo el siglo. Podemos señalar que posiblemente su causa radique en que San Sebastián absorbe a Altza precisamente en 1939, quedando reducido a barrio de San Sebastián.

Esta es la razón por la que desde estas fechas carecemos de datos intercensales sobre los que basarnos para analizar este período en la misma forma que el anterior. Solo poseemos los de 1930 y 1980. Muy insuficientes por un lado, pero suficientes por otro para contemplar -entre perplejos y asombrados- el gran salto poblacional producido en el período (669,4% en el período = 133,9% decenal).

Para hacernos una idea aproximada de lo que estas cifras suponen basta observar el cuadro anterior y los siguientes.

CRECIMIENTOS INTERCENSALES

Municipios	1901-10	1911-20	1921-30	1931-40	1941-50	1951-60	1961-70	1900-70 %
San Sebastián	29,6	26,1	27,0	32,6	9,4	18,8	22,7	438
Irún	22,3	16,8	24,8	-18,7	38,9	49,4	51,1	454
Pasajes	25,1	33,6	57,6	33,3	17,4	27,9	40,5	739
Rentería	35,4	25,9	29,0	12,6	26,5	45,8	85,8	842
Hernani	17,8	24,9	16,2	12,9	20,9	52,5	78,4	636
Andoain	-0,6	16,6	11,7	3,9	20,6	51,9	67,4	412
Tolosa	20,2	15,7	10,8	8,8	10,2	8,7	15,2	231
V. de Ordizia	63,1	32,0	44,6	-2,0	10,6	41,8	37,9	660
Beasain	53,9	27,0	39,3	-5,2	8,8	40,8	32,7	496
Zumárraga	-4,5	7,4	18,9	29,4	8,7	97,6	71,8	610
Oñate	2,9	1,4	6,8	0,6	7,9	16,7	26,2	178
Eibar	53,7	17,5	8,9	-8,6	38,6	94,4	16,9	563
Elgoibar	6,5	5,8	7,7	8,5	21,6	56,9	24,1	312
Azcoitia	6,9	13,5	13,2	1,0	1,2	8,7	23,4	187
Azpeitia	10,3	3,7	13,1	2,2	12,1	4,6	14,9	178
Zarauz	11,0	13,6	33,7	9,7	28,2	22,9	40,7	410
Legazpia	3,8	6,9	37,3	45,6	45,1	58,2	53,2	779

Comarcas	1901-10	1911-20	1921-30	1931-40	1941-50	1951-60	1961-70	1971-75
Bajo Bidasoa	21,3	14,1	20,9	-14,6	34,2	40,6	44,6	11,8
San Sebastián	25,1	23,5	26,7	22,0	10,0	23,3	37,6	9,7
Oria Medio	6,9	9,3	6,6	5,3	11,0	12,7	24,6	8,1
Alto Oria	11,8	6,7	9,4	-0,7	7,1	28,8	16,3	3,6
Alto Urola	-0,1	13,5	22,6	33,7	26,3	75,8	52,6	6,3
Alto Deva	7,5	8,5	19,0	4,4	11,2	25,9	36,4	8,4
Deva Medio	26,6	12,9	1,9	-3,7	29,6	75,6	18,4	2,6
Costa	8,2	7,6	10,3	11,1	7,1	13,6	26,2	9,3
Urola Medio	7,6	5,6	9,6	0,9	7,2	7,6	12,4	4,3
Media provincial	15,8	14,1	16,9	9,7	12,8	27,9	31,2	8,2

No encontraremos nada parecido. Duplicar la población cada 10 años a un ritmo constante durante 50 años es algo desconocido y totalmente inédito en la historia demográfica de Guipúzcoa, en la que muchos municipios han registrado -a juicio de los especialistas- crecimientos verdaderamente espectaculares.

Observando de nuevo el cuadro de la página 31, en el que situamos a Alza en su contexto comarcal vemos que la evolución total de su población desde principios de siglo hasta la fecha es con mucha diferencia la más importante. Oyarzun es el municipio que más moderadamente evoluciona (98%) y Renteria - (1.105) el que experimenta un crecimiento más fuerte. Pues bien, Alza deja pequeño a Renteria con un crecimiento de 1.885. A esto hemos de añadir aún que Alza está situada geográficamente en la comarca de San Sebastián y que esta Comarca es entre todas - las de Guipúzcoa, la que más ha crecido a lo largo del presente siglo, según los datos que presentamos a continuación.

La población de 1975 referida a la de 1900 se ha multiplicado:

1.	En la Comarca del Bajo Bidasoa (Bidasoaldea)	4,35 veces
2.	" " " de San Sebastián (Donostialdea)	4,88 "
3.	" " " del Oria Medio (Tolosaldea)	2,19 "
4.	" " " del Alto Oria (Goiherri)	2,16 "
5.	" " " del Alto Urola (Urola-Garaia)	6,69 "
6.	" " " del Alto Deva (Deba-Lenitz)	2,99 "
7.	" " " del Deva Medio (Deba-Ego)	3,88 "
8.	" " " de la Costa (Kostaldea)	2,39 "
9.	" " " del Urola Medio (Urola-Behera)	1,70 "
	En el conjunto de la provincia	3,48 veces

Finalmente aun cabe repetir, con el mismo criterio - que comenzamos al principio y acabamos de señalar a nivel comarcal, descendiendo a nivel de municipio, constatamos una vez más que no hay en Guipúzcoa un solo municipio que haya experimentado un crecimiento ni tan siquiera similar al de Alza.

Entre todos los municipios guipuzcoanos destacan:

- Pasajes	que ha multiplicado su población (1)	por	7,1 veces
- Hernani	" " " " "	"	7,2 "
- Legazpia	" " " " "	"	8,0 "
- Renteria	" " " " "	"	11,0 "
- ALZA	" " " " "	"	20,0 veces

Aquí se plantea el problema del crecimiento demográfico... A saber, si es bueno o malo el que la población de un municipio o de una comarca tenga un crecimiento moderado o fuerte.

Lo que debe quedar bien claro, en primer lugar, es - que el crecimiento demográfico, como cualquier otro crecimiento, no es, en sí mismo considerado, algo absolutamente positivo; de manera que cuanto mayor sea el crecimiento tanto mejor sea la situación de la comunidad que lo experimenta.

Efectivamente, no hay que olvidar que el crecimiento brusco, sobre todo cuando es continuado, es fuente de desequilibrios y desajustes no solo demográficos sino sociales y económicos.

De hecho se observa que los pueblos o comarcas que han registrado un crecimiento muy acelerado y brusco, no han logrado una correcta solución de los problemas urbanísticos, socio-económicos y socio-culturales, sino que por el contrario dicho crecimiento se ha llevado a cabo a costa de graves pérdidas y de males irreparables en los citados campos.

En consecuencia puede decirse que el crecimiento acelerado no puede, sin más, ser considerado como un auténtico desarrollo. Este último implica una elevación no sólo en el aspecto cuantitativo sino también, y principalmente, en el cualitativo, y aunque más adelante volveremos sobre el tema, aquí se plantea el problema fundamental de Alza. Ha crecido tan exageradamente en cantidad y tan poco o nada en calidad que su desajuste es visible y sus consecuencias salpican a su alrededor. Ha quedado convertido en un suburbio. Precisamente se anexionó a San Sebastián cuando por su rápido crecimiento se encontró sin recursos para dotarla de los servicios necesarios. San Sebastián en cambio, se ha apoderado de sus magníficos terrenos, los ha superpoblado y ha aumentado sin límite el problema de sus servicios.

2.2.- Estimación población futura. Horizonte 1985

Para calcular la población futura a estas fechas, sería perfectamente factible e incluso técnicamente bien realizado, si tomando como punto de partida la situación demográfica de 1975 (por grupos de edades, sexos, niveles de estudios y categorías socio-profesionales) le aplicáramos las tasas de fecundidad y mortalidad de los principales municipios y, a través de sus dos factores fundamentales, crecimiento vegetativo e inmigración,

aplicáramos 2 hipótesis: máxima y mínima de población prevista para 1985.

Mas en el caso que nos ocupa, consideramos que estos cálculos serían totalmente insuficientes y carecerían de valor, puesto que la futura población de Alza se halla determinada por la ya establecida ordenación de su territorio.

Tal como señalábamos en el apartado 1.5, el Plan General de Ordenación Urbana vigente prevé para Alza una población de 100 a 125 mil habitantes.

Esto significa que la población actual se multiplicaría por tres, lo cual sobrepasa todas las previsiones técnicas, lógicas y razonables.

De cualquier manera, serán los Planes Parciales que se pongan en marcha durante estos 5 años los principales factores -y no otros- los que condicionarán su población futura.

De los ya ordenados, son 2 los más importantes:

- El subpolígono 13 IV de Alza con una población de 33.915 hab.
- Los polígonos 11' y 11'' de Intxaurreondo (1).

El polígono 11, promovido por el Instituto Nacional de la Vivienda, redactado y aprobado y remodelado el 24-3-1980, va a ser construido en un tiempo corto. De hecho se está construyendo ya. Puede estar terminado para 1985. Ello supone un aumento de población de 14.000 habitantes, que si añadimos a la anterior suponen casi 56.000 habitantes; es la población que hoy tiene Irún, el municipio mayor de Guipúzcoa. Aun más, si lógicamente se tiene en cuenta el crecimiento vegetativo hasta el año 1985, la cifra se acercará a los 60.000 habitantes.

(1). Pertenecientes al término municipal de Alza.

Si llevado esto a efecto se desarrolla también -tal como está previsto- el Polígono 13^{IV}, y añadimos el crecimiento natural en una zona de las característica de Alza, nos encontramos con una población aproximada a las 100.000 personas.

Creemos y esperamos que este hecho no va a producirse. Los crecimientos futuros demográficos de San Sebastián se -preven más lentos que en la época anterior, y por supuesto las necesidades de vivienda actuales no son las mismas. Ni su situación económica.

Por todo lo cual no es probable que la población sobrepase de la primera cantidad citada, 56.000 habitantes.

2.3.- Distribución de la población según la edad y sexo

Entre las características demográficas de una población la variable "edad" reviste especial interés porque de dicha variable depende fundamentalmente la vitalidad y el dinamismo de una población.

La figura que se utiliza generalmente para reflejar la distribución de una población según la edad, es la pirámide de edades. En ella se representan en una línea vertical las edades desde 0 a 100 años, Las franjas horizontales corresponden a los contingentes de cada sexo en los diferentes grupos de edades. La silueta que resulta de esta representación gráfica reviste, en teoría, la forma de una pirámide escalonada desde la base hasta la cúspide. Por eso se le designa con el citado nombre.

2.3.1.- Pirámide de edades

Dentro de una silueta relativamente regular de conjunto se aprecian bastantes irregularidades en los diferentes grupos de edades. Dichas irregularidades corresponden a la historia que la población de Altza ha experimentado a lo largo de este siglo, ya que la pirámide está integrada fundamentalmente por los nacidos durante este siglo.

Las características más destacadas de esta pirámide son las siguientes:

- una base amplia (algo mayor en el sexo masculino) constituida por los 3 grupos primeros de edades, 0-14 años, y un escalonamiento paulatino y regular.
- continua el escalonamiento en los 2 grupos siguientes (15-19 y 20-24 años) de forma más acentuada e irregular.
- un bloque compacto de efectivos de 25 a 35 años en ambos sexos con efectivos más numerosos que el grupo anterior.
- el escalón siguiente acusa una disminución importante que rompe la regularidad que a partir de este grupo se inicia hasta el final.
- ni en conjunto ni en grupos se distinguen fuertes diferencias entre los efectivos por sexos, salvo en las edades superiores a los 55 años.

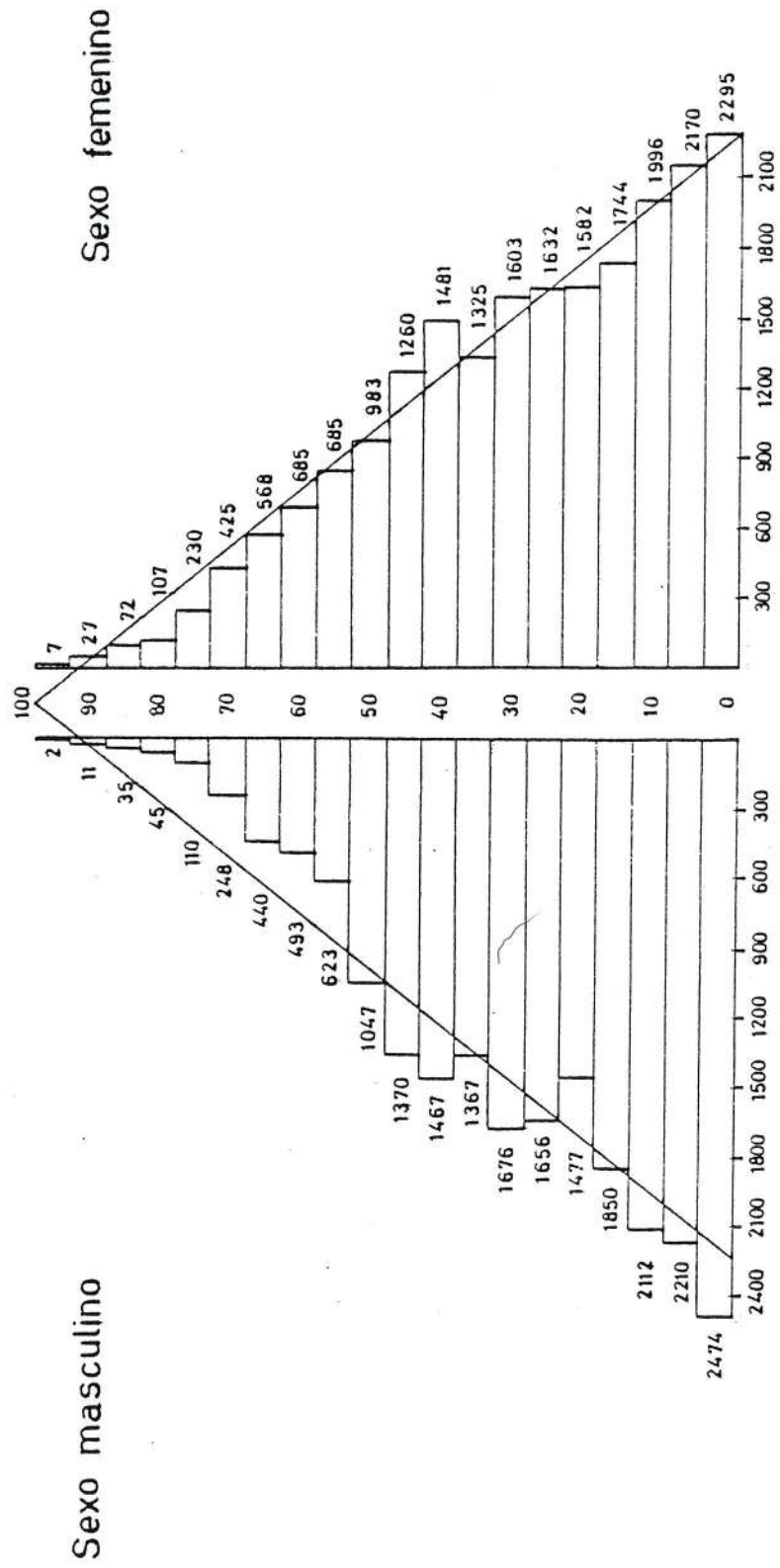
Esta serie de observaciones permite distinguir los rasgos fundamentales de una pirámide de edades de población joven, correspondiente a poblaciones de rápido crecimiento e inmigración y que son:

- base infantil amplia
- importante población adulta y matrimonios jóvenes
- reducida población senil

MUNICIPIO DE ALZA

PIRAMIDE DE EDADES

1979



Además, la parte inferior de esta pirámide que está compuesta por las generaciones de 0-40 años, y constituye el bloque mayoritariamente más importante (69,9%) de los efectivos totales de la población, presenta algunas irregularidades que se manifiestan sobre todo a partir de los 15 años, tal como hemos indicado anteriormente. La parte superior (generaciones de más de 40 años) que representa una minoría de la población total, se caracteriza por una mayor regularidad.

2.3.1.1.- Distribución de la población en grandes grupos de edad

La descripción detallada de la pirámide de edades - constituye una primera aproximación en el análisis de la población.

Avanzando un paso más y, completando las impresiones que se desprenden de dicho análisis, es conveniente estudiar la población desde la perspectiva de los grandes grupos de edades lo cual permite llegar a conocer la estructura demográfica de la población de Altza.

Tomando como punto de referencia la normativa jurídica actualmente vigente, según la cual, la escolaridad obligatorio - termina a los 14 años cumplidos y se abandona el trabajo a partir de los 65, resulta que el período de actividad potencial comprende desde los 15 hasta los 64 años.

Siguiendo dicho criterio la población queda dividida en tres grupos: los niños (0-14 años) los jóvenes y adultos - (15-64 años) y los ancianos (65 y más años).

La composición de la población de Alza presenta la fisonomía siguiente:

Grupos de edad	Efectivos	%
0-14 años	13.257	31,8
15-64 "	26.156	62,7
65 y más "	2.327	5,5
T O T A L	41.740	100,0

La primera observación que se desprende de este cuadro es la extraordinaria importancia de su población infantil - la cual representa casi 1/3 de la población total.

En contrapartida, los ancianos de más de 65 años representan un grupo reducido. No llegan ni a un 6% (5,6). Entre ambos extremos se encuentra el grupo más numeroso (62,7%) compuesto por jóvenes y adultos que constituyen la población activa (los comprendidos entre 15 y 65 años).

Las observaciones anteriores ponen de manifiesto que Alza cuenta con una estructura de población que se caracteriza por su juventud y dinamismo demográfico. Para apreciar debidamente estos datos conviene compararlos con otras poblaciones de la Comarca y de la Provincia.

POBLACIONES DE LA COMARCA

Grupos de edad	Alza	Lezo	Oyarzun	Pasajes	Renteria
0-14 años	31,8	30,1	31,2	30,4	32,1
15-64 "	62,7	64,0	61,0	62,6	62,4
65 y más "	5,5	5,9	7,8	7,0	5,5
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Las diferencias de Alza con el resto de municipios, situados en su Comarca, no son importantes.

- Tiene, junto con Renteria, una población infantil más numerosa que Lezo, Oyarzun y Pasajes.
- Una población adulta algo superior a los demás municipios exceptuando a Lezo.
- Y junto con Renteria, la proporción de ancianos más baja de los municipios presentados.

OTRAS POBLACIONES (1970)

Grupos de edad	Alza 1979	Legazpia	Vergara	Mondragón	Guipúzcoa
0-14 años	31,8	31,5	28,1	31,9	28,9
15-64 "	62,7	63,4	63,3	63,3	63,4
65 y más "	5,5	5,1	8,6	4,8	7,7
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A pesar de que los datos no sean totalmente homogéneos -por la diferencia entre las fechas de referencia- la comparación resulta válida porque la estructura de una población no es algo que se modifica en un período corto de tiempo.

- la población infantil de Alza representa una proporción superior a la media provincial y más parecida a poblaciones que han crecido mucho como Mondragón y Legazpia, con lo que la impresión de juventud que se desprende del análisis anterior, queda definitivamente confirmada.
- la población adulta, cuya proporción se sitúa a un nivel similar tanto al de Guipúzcoa como al resto de municipios, representa un volumen potencial considerable en un nivel adecuado.

- la población de ancianos es más reducida que la media de Guipúzcoa y aunque algo mayor que la de Legazpia y Mondragón es en conjunto una proporción reducida que manifiesta el rejuvenecimiento de la población a causa de la importancia que han adquirido las generaciones jóvenes.

Consecuencias

Resumiendo las observaciones de este apartado podemos señalar que la población de Alza ha registrado una transformación y rejuvenecimiento de su estructura debido a su acelerado crecimiento que han engrosado principalmente las generaciones jóvenes.

¿Qué significa o qué consecuencias puede tener un elevado y brusco crecimiento? ¿Es algo bueno o malo?.

En la persona humana el proceso de crecimiento debe ser armónico y equilibrado. Un salto brusco produce desequilibrios, el organismo se resiente. Lo mismo puede decirse de una población. Si el crecimiento es excesivamente rápido el equilibrio y la armonía se rompen. Surgen los desequilibrios.

Por otro lado su estructura poblacional, niños, adultos y ancianos plantean una riqueza potencial desde el punto de vista demográfico y social a la vez que unas exigencias específicas propias de cada grupo.

Los niños necesitan escuelas, sitios de recreo, esparcimiento etc. Los adultos necesitan viviendas, puestos de trabajo, lugares de diversión y cultura. Los ancianos necesitan descanso, esparcimiento, etc., y todos, de unos servicios sanitarios al alcance de su mano.

Por esto ambos procesos -crecimiento y servicios- deben ir acordes y paralelos. El desajuste entre ambos produce focos de desequilibrio. Son como tumores malignos dentro de un organismo.

Esto se produce en Alza de forma aun más grave; po-see una población estructuralmente joven y dinámica. Este potencial humano requiere para su desarrollo de una planificación a la que se halla ajena en absoluto. Depende del Ayuntamiento de San Sebastián y éste lo ha ordenado como zona residencial de viviendas de baja calidad, lo cual genera la concentración de las clases sociales más bajas. La amplitud de su territorio, la necesidad de vivienda y la ganancia fácil del desarrollo económi-co de los años pasados, fueron los factores que influyeron en la situación actual y que escapan totalmente a su competencia.

Alza fué ordenado en años propicios a la especula-ción y dotada de una fuerte densidad debido a su alta edificabi-lidad; no fué dotada a su vez de la correspondiente necesidad -de servicios más que sobre el papel.

Esta no adecuación entre crecimiento y servicios ha dado lugar a un barrio de tipo suburbial (sub-urbano) e.d. sin servicios y marginada, debido a la precariedad de accesos y comunicaciones. Estos datos objetivos son una demostración de la política urbanística que se ha aplicado en esta zona periférica de San Sebastián. Totalmente discriminatoria con respecto a -otras zonas del Centro o del Oeste de la capital.

Una de las causas latentes, pero determinantes de -los conflictos de Mayo del 68, parece ser, a juicio de los obser-vadores, el olvido y falta de previsión por parte delas autori-dades de las necesidades que planteaban las generaciones desde que finalizó la última guerra mundial.

2.4.- Lugar de origen

	<u>Nº habitantes</u>	<u>Porcentajes</u>
Nacidos en San Sebastián	19.326	46,3
" " resto de Guipúzcoa	3.590	8,6
" " " de Euskadi	2.504	6,0
" " " Península	16.320	39,1
TOTAL	41.740	100,0

Fuente: Padrón 1975.
Elaboraciones Siadeco.

A la composición de la población según el lugar de origen corresponde el cuadro anterior del que se desprende:

- que los nacidos en San Sebastián representan menos de la mitad de la población total.
- que en contrapartida, Altza ha recibido una afluencia considerable de inmigrantes, puesto que más de la mitad de la población ha nacido fuera del municipio.
- que la inmigración se compone fundamentalmente de dos corrientes de volumen e importancia diversa: la inmigración vasca (14,6% de la población) y la inmigración no vasca (39,1%).

La población de Altza, desde el punto de vista socio-cultural, está integrada a la vista de estos datos por 2 grupos de volumen diverso.

- El primer grupo está constituido por los nativos y los inmigrantes vascos cuya afinidad socio-cultural con los nativos permite considerarlos, socio-culturalmente hablando, como un grupo único. Este grupo representa el 60,9% de la población total. Es pues claramente mayoritario.

- El segundo grupo está constituido por los inmigrantes no-vascos los cuales representan el 39,1% de la población total.

Lugar nacimiento	Lezo	Oyarzun	Pasajes	Renteria	Comarca
Municipio donde reside Provincia de Guipúzcoa	61,1	81,3	57,5	54,3	58,4
Resto de Euskadi	4,7	4,1	5,8	5,5	5,2
Resto Península	31,6	14,6	36,7	40,2	36,4
T O T A L	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Padrón 1975.

En comparación con los restantes municipios no nos es posible (según cuadro anterior) comparar el dato de los nacidos en el propio municipio; estos tienen el problema de que los niños que nacen fuera del domicilio de sus padres -y que son la gran mayoría- como por ejemplo la residencia o cualquier otro establecimiento sanitario, figuran como nacidos en Guipúzcoa. Alza no tiene este problema por pertenecer al municipio de San Sebastián.

Para llevar a cabo algún tipo de comparación y sumados los nacidos en el propio pueblo y resto de Guipúzcoa se observa a nivel de Comarca que:

- Alza junto con Renteria son las 2 poblaciones que menor porcentaje de población guipuzcoana poseen. Menos que la media comarcal.
- De nuevo junto con Renteria, son los municipios que más inmigración ha recibido en la Comarca, superior también a la media comarcal, inmigración exterior, del resto de las provincias del E. Español.

- Y es también Alza la que mayor inmigración ha registrado del resto de Euskadi, seguido de Renteria y superando una vez más la media comarcal.

Finalmente queremos señalar que esta Comarca en su conjunto, ha recibido unos flujos de inmigración muy fuertes, que sobrepasan a todas las demás comarcas de la provincia. Es por este motivo por lo que presentamos a Alza en su Comarca; es donde mejor se situa, puesto que una vez más, con sus elevados porcentajes de inmigración, salta todos los datos, media provincial e incluso media de Euskadi.

Es de todos ya sabido que una afluencia de inmigración tan masiva -aun sin tener en cuenta para nada a los hijos de estos inmigrantes- produce problemas socio-culturales tanto para la Comunidad que los recibe como para la que llega a la hora de su integración. Son 2 comunidades diversas, caracterizadas por distintas lenguas, usos, costumbres, maneras de pensar y de actuar; en definitiva, dos culturas dentro de una misma comunidad.

La convivencia de ambas depende de las actitudes que adopten unos frente a otros. Estas pueden variar desde la mutua comprensión hasta las formas más tensas de conflicto y oposición.

Para que se de la integración de inmigrantes con autóctonos y no el conflicto, Alza se encuentra también desprovista de unos Servicios que faciliten la convivencia, junto a la toma de decisiones que el problema requiera para una mejor solución.

3.- ESTRUCTURA SOCIAL3.1.- Nivel de instrucción

	<u>Números absolutos</u>	<u>%</u>
1. No saben leer ni escribir	5.927	14,2
2. Primaria incompleta	13.065	31,3
3. " completa	14.609	35,0
4. Bachiller elemental o equivalente	3.715	8,9
5. " superior " "	1.586	3,8
6. Formación Profesional	1.753	4,2
7. Peritaje, Ing. T. y similares	668	1,6
8. Título de E. Superior	417	1,0
T O T A L	41.740	100,0

Fuente: Padrón 1975 y elaboraciones Siadeco.

El nivel de instrucción constituye uno de los indicadores básicos de la estructura social de una población y sirve de base para establecer una comparación entre el pasado y el presente e.d. entre las generaciones que ya han abandonado los estudios y los que actualmente están cursando los mismos. Mas en este caso los datos se refieren al conjunto de la población lo que nos impide analizarlos de acuerdo con nuestra metodología y compararlos con los datos de otras poblaciones.

Nos referimos por tanto exclusivamente al cuadro anterior. En principio hemos de subrayar que al referirse los datos al conjunto de población en el primer epígrafe se encuentran los niños de 0-4 años que no saben leer ni escribir y en el segundo los de 6-14 años que están realizando los estudios de E.G.B. y que por tanto habría que deducir o tener en cuenta los volúmenes correspondientes. Más como la población estudiantil se halla distribuida no sólo en el primer y segundo epígrafe sino en todos, tomaremos los datos tal como están en su conjunto.

En el cuadro puede observarse:

1. Hay que dejar de lado el epígrafe 1º en el que están incluidos los niños menores de 4 años (si no todos por lo menos en gran parte) y los analfabetos propiamente dichos los cuales no han recibido escolarización alguna.
Otro tanto sucede con el epígrafe 2 en el que se encuentran los niños que actualmente están cursando los cursos de EGB.
2. La mayoritaria proporción de los que han recibido una enseñanza primaria y no han superado dicho nivel.
3. Relativa importancia de los que han recibido enseñanza media - tanto en la rama profesional como en el Bachillerato.
4. La reducida proporción de quienes han cursado o cursan carreras de tipo medio y universitario.

En resumen puede decirse que el nivel de instrucción de la población de Alza se caracteriza por una masificación en los 3 primeros niveles (Analfabetos, E. primaria completa e incompleta) y que es minoría y reducida la que ha podido superarlos.

Lo cual pone de manifiesto que no han existido ni existen para la mayoría de la población, oportunidades de acceder a niveles superiores a la Enseñanza Primaria. Dicha oportunidad ha sido patrimonio de una minoría privilegiada, estando cerrado el acceso a la gran mayoría.

Aunque esta situación no es exclusiva de la población de Alza puesto que se trata de una situación muy generalizada en el conjunto de la provincia, el tan bajo porcentaje en la E. Superior y tan altos porcentajes en los epígrafes más bajos significa una situación nada halagüeña de cara al futuro, más aún en una población en el que su proporción infantil y juvenil es tan elevada. Supone un lastre considerable y un grave freno para su

elevación socio-cultural. Esta falta de oportunidades condena y arrastra a las categorías socio-profesionales más bajas.

3.2.- Categorías socio-profesionales de la población activa

	<u>Números absolutos</u>	<u>Porcentajes</u>
- Peones, obreros no cualificados	4.352	25,3
- Obreros especializados, mar. agricultores	7.190	41,8
- Pequeños comerciantes, empleados administrativos, funcionarios	4.902	28,5
- Profesiones liberales, técnicos grado superior	722	4,2
- Empresarios	35	0,2
TOTAL	17.201	100,0
- No activos (amas de casa, estudiantes, jubilados, etc.)	24.539	
TOTAL	41.740	

Fuente: Padrón 1975 y elaboraciones Siadeco.

El lugar que ocupa cada persona en el proceso de producción constituye la base de la estructura social de una población, que se traduce en una diferenciación en el nivel de ingresos, en el acceso a la enseñanza, en el consumo de diversos servicios, etc.

La población activa total asciende a 17.201 personas lo que representa un porcentaje de población activa de 41,2%. - Lo cual significa que de 100 personas, más de 41 ejercen una actividad productiva remunerada. Es una proporción más alta que el de los municipios de Guipúzcoa en general, en los que los más altos se acercan al 40%.

La composición de la población activa presenta la fisonomía siguiente:

- Más de las 2/3 partes corresponden a los obreros cualificados y no cualificados que representan por sí solos el 67,1% de la población activa total. Predominio aplastante de la clase trabajadora; socialmente hablando, es una zona netamente obrera.
- Los pequeños comerciantes, empleados, administrativos etc. son los que les siguen en importancia numérica, aunque en proporción mucho más reducida; suponen el 28,5% de la población activa total o sea más de 1/4 parte de la estructura socio-profesional. No hay que negarles un peso específico de consideración.
- Las restantes categorías (más altas en este caso) no alcanzan cifras significativas.

De todo ello se desprende el neto predominio del sector obrero, no debido al tipo de industrias existentes, tal como se da en otros municipios, sino al número y tipo de vivienda que se ha construido como fruto de la ordenación de su territorio.

Es cierto sin embargo que sus rasgos más destacados siguientes, son comunes a la mayoría de los municipios de la Provincia.

- fuerte predominio de los obreros cualificados y no cualificados.
- relativa importancia de las categorías medias.
- reducida proporción de las categorías altas.

A pesar de ello, no es menos cierto tampoco, que Alza acusa unos rasgos más acusados, destacando la menor proporción de las categorías medias y altas. De esta forma su pobla -

ción queda claramente y masivamente encuadrada entre las clases sociales más bajas, obreros proletarios.

Ellas, concentradas en zonas-dormitorio sin urbanizar, lejos de su puestos de trabajo, e infradotados de Servicios, carentes de unas adecuadas comunicaciones, añaden a su bajo estrato social los costes sociales que su situación conlleva.

4.- CONCLUSIONES

La primera parte de este trabajo nos exige como final de la misma la presentación de las conclusiones a que su análisis nos ha conducido.

La PRIMERA CONCLUSION -a pesar de que pueda parecer una redundancia a quien no conozca Altza- es concisa, clara y contundente: Altza no es un Barrio de San Sebastián sino una zona suburbial. A veces se ha afirmado que en Guipúzcoa no existían tales suburbios. El antiguo municipio de Altza es un ejemplo de suburbio. Esta información está basada en los siguientes datos:

- está situada en una zona periférica de la ciudad.
- muy mal comunicada a causa de la intensidad de tráfico y peligrosidad de sus accesos que los hacen muy problemáticos.
- que ha crecido muy rápida y anárquicamente.
- con una urbanización muy deficiente y mezcla de construcciones de todo tipo.
- con unas densidades (producto de sus coeficientes de edificabilidad) de población no conocidas hasta hoy.
- con una superpoblación y concentración de la población.
- sin cohesión geográfica.
- sin un equipamiento de Servicios mínimo para su bienestar social y cohesión humana.
- con un total de población mayor que 79 de los 81 municipios guipuzcoanos existentes en la provincia.

- con una estructura demográfica joven y rica que requieren de unos puestos de trabajo y servicios adecuados para su desarrollo y no degradación progresiva.
- que ha recibido una fortísima inmigración.
- con un conjunto de población de muy bajo nivel cultural (nivel de instrucción y enseñanza) .
- y muy bajo finalmente también, nivel económico, consecuencia de los estratos sociales más pobres que se han visto obligados a acceder a las viviendas más económicas construídas en esta zona.

La SEGUNDA CONCLUSION a la que hemos llegado es que la causa principal de la situación suburbial de Altza en la que hoy se encuentra, es la pérdida de su municipalidad e independencia. Esta afirmación para que no pueda ser considerada como una simple acusación sin más, requiere una explicitación. Esta es para nosotros la siguiente:

A pesar de que todos los municipios industriales guipuzcoanos han crecido mucho y mal, ninguno de ellos ha conocido un crecimiento tan espectacular como el de Altza, ni se encuentra en la situación de marginación e infradotación de Servicios en la que ésta se halla (1).

La fuerte expansión económica y urbana de la post-guerra, unida a la situación, extensión y belleza de su territorio no le hubieran permitido -aunque hubiera seguido siendo independiente- mantenerse al margen de este desarrollo general. Ni esto es malo en sí mismo. Lo que queremos decir y para ello no tenemos más que realizar una simple comparación, es que su desarrollo hubiera sido si no armónico, sí cuando menos algo más equilibrado.

(1). Son como comentaba un arquitecto de San Sebastián "en urbanismo y sanidad, los niveles son africanos".

San Sebastián necesitaba para su expansión económica y demográfica de zonas adecuadas. Y anexionándose el municipio logró concentrar en Altza su excelente y necesaria población obrera poco cualificada, la mano de obra barata que necesitaba para el desarrollo de los Servicios, guardándose y centralizando en sí y para sí, los Servicios mismos.

Resulta paradójico que Altza, para su integración al Ayuntamiento de San Sebastián, arguyera como una de sus principales causas el que debido a su rápido crecimiento, no contara con recursos para dotarse de los servicios necesarios.

Hoy podemos decir que Altza no acertó a la hora de buscar solución a su problema. San Sebastián ha aumentado este problema a límites insospechados. Prometió para su integración igualdad de derechos y obligaciones con los habitantes de San Sebastián y no lo ha cumplido en absoluto. Los altzatarra pagan por supuesto, iguales impuestos que los habitantes de la Avenida. Mas ¿dónde están sus derechos?.

Terminamos nuestra conclusión y como confirmación de la misma con un dato histórico que consideramos de interés.

Según la publicación editada por la Caja de Ahorros Municipal "Alza y Astigarraga" de F. Elejalde y J. Erenchun, "Alza contaba en 1810 con 2.683 habitantes y la salud municipal estaba encomendada a dos médicos titulares". Si aplicamos esta proporción a la población actual, nos encontramos con que Altza debiera contar para este servicio con 31 médicos. Creemos que sobra toda consideración ante la evidencia de la cifra.

La TERCERA Y ULTIMA CONCLUSION de este apartado es la de que dada la diferente situación socio-económica y cultural que atravesamos hoy, la problemática de la zona de Altza y el déficit de sus principales servicios, deben ser seriamente abordados.

Los condicionantes de la vida social de los Barrios y municipios han cambiado. Hace muy pocos años aún, hacían falta viviendas, sin ellas no se podía ni se puede vivir. Se trata de una necesidad primaria. Hoy se necesitan los servicios que ayer no se hicieron. Y en un mañana no muy lejano, CALIDAD de los Servicios: calidad en la enseñanza, calidad en la SALUD, etc.

Más hoy, la falta de equipamiento de servicios en zonas de tan alta densidad, la marginación social a que se hallan sometidos, y otros no menos graves costes sociales, constituyen latentes gérmenes de importantes problemas futuros. Cualquier habitante de la zona lo sabe. (Véase copia adjunta de noticia aparecida en la prensa de estos días). Tampoco es fruto de la casualidad que la delincuencia juvenil de San Sebastián procede en su mayoría de esta zona.

Hoy, solamente estamos empezando a padecer las consecuencias de la carencia de servicios, fruto de los desmanes cometidos en otros tiempos.

Se debe ya, no construir más sin los servicios correspondientes y subsanar los déficits contraídos en el pasado, llevando a la práctica una política de planificación y control, para dotar a estas zonas de los standards de calidad de vida, similares a otras zonas de la ciudad, y a la que toda persona humana tiene derecho.

SEGUNDA PARTE

SITUACION CONSULTORIO ACTUAL

ORGANIZACION, CARACTERISTICAS, FUNCIONAMIENTO

- INSTALACIONES Y EQUIPAMIENTO

El llamado ambulatorio de la zona de Altza, se halla situado en un bajo del barrio de Roteta.

Creado el año 1966 con carácter de provisionalidad no se ha realizado modificación ni renovación sustancial alguna desde la citada fecha. El estado actual de las instalaciones es de deterioro y miseria. Totalmente inadecuado para el ejercicio de la asistencia sanitaria.

Es una instalación construída con material de baja calidad. Tras 14 años de uso, su aspecto es lamentable y hacen dudar a cualquiera sobre sus condiciones higiénicas. Tratándose de un centro de asistencia sanitaria el problema nos parece serio.

Se halla equipado con:

1 mesa para médico

1 semi-camilla

1 estantería para instrumental médico (prácticamente vacía)

en cada una de las 5 habitaciones donde los médicos reciben a sus pacientes.

Unos bancos en la sala de espera con 39 asientos.

Y en esto estriba todo el equipamiento. No existe ningún tipo de material sanitario.

- SUPERFICIE, DISTRIBUCION, USO

Su superficie total es de 130 m². Se halla distribuído de la siguiente forma:

4 habitaciones
1 sala de espera
1 servicio de water

3 de las habitaciones están destinadas al uso de Medicina general
1 " " " está destinada al uso de Pediatría
combinándose según el horario para la puesta de inyecciones.

- PERSONAL MEDICO

7 médicos de medicina general y sus correspondientes
auxiliares

3 médicos pediatras

3 practicantes

1 conserje

- SERVICIOS QUE PRESTA

Está claro que los servicios prestados pueden deducirse sencilla y llanamente del personal médico perteneciente al Ambulatorio, no obstante diremos que estos son los de

- Medicina general
- Pediatría
- Inyecciones

A esto se reduce la totalidad y diversidad de los servicios prestados. La calidad de estos servicios se halla directamente relacionado con su organización y forma de asistencia. Veamos cuál es ésta.

- Horario del Ambulatorio.

Desde hace un año (hasta entonces sólo funcionaba por la mañana) de 8 a 1 y de 2 a 6. Los médicos pasan consulta de 1 hora diaria, tanto los de medicina general como los pediatras. - Los practicantes atienden durante 2 horas.

<u>Medicina general</u>	<u>Pediatría</u>	<u>Practicantes</u>
8 a 9 - 2 médicos	8 a 9 - 1 médico	10 a 12
10 a 11 - 2 "	11 a 12 - 1 "	12 a 2
12 a 13 - 2 "	2 a 3 - 1 "	4 a 6
4 a 5 - 1 "		

(1)

A partir de las 6 de la tarde y hasta el día siguiente no hay ningún establecimiento ni ninguna persona titulada a quien recurrir y desde el sábado al mediodía hasta el lunes por la mañana, tampoco. Igualmente los días festivos que no sean domingo, se halla Altza durante estas horas y noches totalmente inasistido.

Su organización es la similar a una empresa, con un horario fijo y establecido de antemano con el mismo calendario laboral.

No existe servicio de urgencias. Tampoco cuenta con algún tipo de centro sanitario en la zona. Ni siquiera vive en el barrio un médico. Hay que desplazarse absolutamente para todo a partir de las 6 de la tarde.

(1). De entre toda la plantilla hay siempre algún médico que atiende durante 2 horas incluso y más. Lo malo es que estos se van de Altza. Como contrapartida a otros les sobra media hora de la hora; tal es la velocidad con que atienden.

Un ejemplo de la situación de sus servicios es el siguiente: En opinión de la gente no todos los asegurados van al Ambulatorio cuando necesita de inyecciones. Así y todo la media de puesta de inyecciones es de 150 al día. Teniendo en cuenta que desde el sábado al mediodía Altza queda desasistida, todas esas personas, si quieren seguir el tratamiento han de recurrir a la Av. de Navarra o pagarse de su bolsillo la prestación del servicio.

Así mismo, para cualquier y toda clase de urgencias - que se presenten -y forzosamente se han de dar muchos casos dada su elevada población- no existe otro recurso que recurrir a la Av. de Navarra.

La falta de un SERVICIO DE URGENCIA, supone un problema GRAVE al que se somete a una población de escasos recursos económicos y que sin embargo porporcionalmente aporta a la Seguridad Social en mucha mayor proporción que el centro de San Sebastián.

Son aspectos que la Seguridad Social no tiene en cuenta pero que repercute en las clases sociales más bajas. La cuantificación del número de cartillas sin más, como una operación aritmética, sin analizar situaciones de las poblaciones que requieren su asistencia, en un bien como la SALUD, significa negligencia y creación de situaciones muy diferentes y como en el presente caso MUY INJUSTAS. (2)

(2). Desde hace muy poco tiempo se ha instalado en el bajo de la Tenencia de Alcaldia de Altza, un pequeño local del Cuarto de Socorro de San Sebastián. Su horario es de 2 a 8. Está atendido por una persona no titulada. Atiende y realiza pequeñas curas, suturas, inyecciones, toma de tensión y similares.

En la medida que la gente se va enterando acuden en mayor número. Esto es algo (no todo lo que están obligados según la ley) de lo que las Administraciones deben realizar y que por supuesto no cubre las necesidades que deja totalmente al descubierto, la falta de asistencia de la Seguridad Social.

- FORMA DE ASISTENCIA. PERSONAS ATENDIDAS

El ambulatorio de Altza presta a sus asegurados una asistencia similar a la de otros ambulatorios de la Provincia. Lo que ocurre es que dadas sus peculiares características, y elevado número de asegurados que residen en esta zona, la asistencia puede considerarse de peor calidad. No hay duda de que todos los aspectos anteriormente señalados repercuten en el tipo de asistencia, pero la forma es el factor que mayor influencia ejerce en la calidad y el determinante para el asegurado.

Según datos facilitados por los mismos médicos, la media de personas que diariamente acude al Ambulatorio es de 500-600 personas. No existe ninguna duda al respecto de que en más del 50% de los casos, el médico prácticamente no ve al enfermo, ni le mira por supuesto. Por un lado porque en una hora es prácticamente imposible y por otro porque lo que se requiere fundamentalmente de él es la extensión de Parte Alta-Bajas, recetas, e incluso volantes que conlleva un trabajo de pura escritura que lógicamente lo realiza otra persona. Así y todo, dividiendo el número de médicos/personas atendidas, vemos que lo que los enfermos dicen es realidad. El tiempo que el médico dedica al enfermo es MINIMO, un minuto por persona en bastantes ocasiones (a veces más por supuesto) y según épocas o enfermedades generalizadas. Con una dedicación de este tipo, la atención es INFIMA y la forma deja mucho que desear; es por lo menos anti-sanitaria.

El estudio, diagnóstico y tratamiento del enfermo es puramente verbal (exceptuando todo lo señalado anteriormente de recetas etc., o trabajo adjunto de tipo administrativo). No es posible de otra forma en tan breve espacio de tiempo.

No se emplea tampoco el sistema denominado de fichas (en general) que permite tener y conservar un historial del enfermo, estudiar sus posibles causas, consecuencias, adecuación y cambio o no del tratamiento y otros... No hay tiempo para esto.

No queremos generalizar. Existen excepciones. Pero -
constituyen excepciones, lo que debería ser normal.

Además de las causas subjetivas por las que se actua -
de esta forma, y que no son objeto de este estudio, 3 son sus causas
objetivas y fundamentales:

- 1). El sistema de la Seguridad Social, hoy en sí, constituye la razón y consecuencia de su injusta situación, estructura y funcionamiento.
- 2). El poco tiempo que cada médico dedica a sus asegurados (1 hora para atender a 30-40-50-60-70 enfermos).
- 3). El elevado número de habitantes residentes en la zona, y por tanto de asegurados y beneficiarios.

Adentrándonos un poco más en las causas mencionadas, -
vemos que:

- 1). El sistema en sí, tal como se halla estructurado, lo consideramos como principal causante de la actual situación; el comportamiento de personal sanitario y asegurados son consecuencias lógicas de -
la misma.
- 2). Si oficial y legalmente el horario del médico contratado por INSALUD para la prestación del Servicio es de 8 a 5 de la tarde, en -
la práctica y concretamente en este barrio, este horario no se -
cumple. El horario se entiende al servicio de los asegurados, por lo que están por esta razón, obligados a residir en el mismo municipio.

En el caso que nos ocupa, se puede cumplir la Ley y -
evadirse fácilmente de su responsabilidad. Es es un punto álgido de la situación sanitaria de Altza. Los médicos residen en el mismo

mo municipio donde se halla instalado el Ambulatorio, pero muy alejados de los enfermos porque entre ambas zonas existen distancias de tiempo, psicológicas y sociales. Ninguno de ellos reside en Altza sino en otras zonas residenciales de la misma ciudad, cumplen la hora de asistencia en el Ambulatorio, atienden a las visitas solicitadas y se van. El barrio se queda solo. No reside -y queremos repetirlo- en él ningún médico.

Los médicos de la Seguridad Social alegan el bajo precio que perciben por cartilla. La Seguridad Social aduce criterios de rentabilidad. Las consecuencias las paga el asegurado; obligatoriamente le deducen de su jornal para cotizar a la S. Social. No recibe en cambio la prestación correspondiente. Se siente tratado como si fuera a adquirir un Servicio, sin dinero. Le dan lo peor, y parece que le prestan como un favor.

La situación de Altza es a este respecto mucho más deficitaria que otras zonas. Además de no residir en él ningún médico, ningún centro sanitario está ubicado en su entorno. Otros barrios tienen más cerca, médicos y algún centro o clínica a quien recurrir en casos urgentes.

Los habitantes de Altza, fuera de las horas de atención del Ambulatorio, se hallan huérfanos de toda asistencia y han de recurrir forzosamente al ambulatorio de la Av. de Navarra, como centro más cercano.

- Nº DE SERVICIOS QUE PRESTAN OTRAS ZONAS

El número ha de ser forzosamente importante por las razones siguientes:

- El ambulatorio de Altza no cubre los servicios de Especialidades
- " " " " " " " " practicante
- " " " " " " " " urgencias
- " " " " " " las necesidades de los 41.740 ha
bitantes que se han detectado en esta zona
- La baja calidad de estos servicios inducen y obligan a recurrir a
la medicina privada.

¿A donde recurren entonces?.

En Guipúzcoa sólo existen 5 ambulatorios que respondan a este nombre y que engloben a la concepción de la Asistencia Primaria y son los siguientes: Irún, Tolosa, Eibar, Mondragón y en San Sebastián el de la Av. de Navarra. Todo el resto que normalmente llamamos Ambulatorios, son según el criterio de Insalud, Dispensarios. Así mismo el de Altza. A este le corresponde el de la Avda. de Navarra y a este pertenece cubrir todo el cúmulo de necesidades no asistidas en el Dispensario de Altza.

A pesar de que la cifra recogida en la Av. de Navarra en el servicio de urgencias es de 25 como media, con ser una de las de mayor demanda, 30% del total, no se corresponde con el total de personas que diariamente se desplazan y costean sus necesidades sanitarias. Esto nos da tan solo una idea aproximada, puesto que sin una investigación exhaustiva no podemos conocer el número de aquellos que directamente recurren a la medicina privada.

Sin embargo a través de los datos anteriores podemos aproximarnos y estimar algunas consideraciones.

En la página 49 de este mismo informe tenemos un cuadro de la población activa del sector según categorías socio-profesionales. En él aparecen 17.201 activos o asegurados que multiplicados por 3 beneficiarios(1) como media en el barrio de Altza, arrojan un total de 51.603. Sumados los atendidos en el Dispensa-

(1). Fuente: Estudio realizado por la Comisión de Sanidad de la Asociación de Vecinos de Larratxo (Altza).

rio de Altza y la Av. de Navarra, no llega al 0,01% del conjunto. Esto demuestra lo que todo el mundo sabe y es que esta cifra es - baja y que muchas personas por no pasar por el filtro de los llamados ambulatorios del Bº Roteta, Bidebieta o Loyola, para después tener que ir al de la Av. de Navarra y esperar, etc., se van directamente a la medicina privada. No por abundancia de bienes económicos, puesto que en esta zona se asienta la mayor parte del peonaje de San Sebastián, sino

- 1). por la mala imagen que tiene la Seguridad Social y
- 2). los costes sociales que conlleva.

1). La mala imagen de la Seguridad Social no es específico de Altza. Es una imagen generalizada y no constituye en sí ninguna difamación. La mala calidad de las instalaciones, la falta de equipamiento, desplazamientos, esperas y calidad de la asistencia son cuestiones que vividas día a día configuran unas sensaciones y van creando una imagen...

- el médico que opina que en medicina general no es necesario un aparato de rayos X, pero sí lo tiene en su consulta particular.
- el médico que atiende de forma tan diferente en el ambulatorio y en su domicilio que a juicio del enfermo parecen 2 médicos que encarnan a personas diferentes.
- la diferencia entre la sala de espera de un ambulatorio y la del consultorio privado.
- la diferencia en el trato, las explicaciones sobre su enfermedad y tratamiento que percibe en un caso y otro.
- la falta de una mínima educación sanitaria es causa de una mayor demanda de servicios médico (es buen médico el que receta medicinas más caras) y van configurando distintas imágenes, desconfian-

zas y recelos que llevan al asegurado a una situación en la que aunque tengan que pagar, y por cosas o enfermedades sin importancia, prefieren hacerlo porque así se quedan tranquilos. Les han atendido bien.

No es nuestra intención responsabilizar particularmente al médico de la actual situación. Creemos -y acabamos de decirlo- que ello es fruto del sistema y que éste alcanza a todos de alguna forma -incluyendo los asegurados-. Pero sí queremos resaltar que los más perjudicados resultan sin duda los asegurados. El desprestigio y la mala imagen repercute asimismo en los asegurados. La Seguridad Social no pierde. Las cotizaciones son obligatorias. La rentabilidad de la misma se halla asegurada. Por el contrario, esa desconfianza repercute a los asegurados que se ven - por una parte obligados a pagar a la Seguridad Social y por otra, frecuentemente, a pagarse la medicina privada. Esta ve así incrementados sus escasos haberes que a su juicio percibe de la Seguridad Social.

La Seguridad Social mide la medicina con criterios de rentabilidad económica. Pero el asegurado, cuando está preocupado por la asistencia sanitaria que necesita alguno de sus familiares no duda en sacrificarse y adeudarse frecuentemente.

2). Los costes sociales que acarrea la demanda de la Seguridad Social en Altza son ciertamente como para ser tenidos en consideración.

- Pérdida de tiempo. La división de la atención sanitaria primaria en 2 centros equivale a una duplicidad de esperas, de desplazamientos, de vueltas, que suponen una pérdida de días de trabajo o problemas de otro tipo: donde y con quien dejan los niños por ejemplo.
- Peligrosidad y angustia que supone el traslado de un accidentado o enfermo grave a un centro sanitario o médico que le atienden o como contrapartida la espera hasta que el médico llega al domicilio.

- Repercusiones económicas que supone el problema en su conjunto - (gastos de desplazamientos, pérdida de horas de trabajo).
- Lo accidentado de su distancia, debido a sus malos accesos, semáforos, colas y embotellamientos repercuten en los 3 problemas: - tiempo, peligrosidad y desequilibrio en el gasto familiar, de - tal manera que hablar del Ambulatorio de Altza y no tener en - cuenta este factor es desconocer su real situación e importancia.

Se habría de tener muy presente que estos costes so - ciales los pagan los habitantes de Altza como consecuencia final de toda una falta de servicios que se les ha escamoteado aprove - chando que es un barrio situado en la periferia, que no se ve si no vas a él, ocupado por una población de las más bajas categorías socio-profesionales; las altas, por lo tanto, no desean ni viven entre ellos.

Es un barrio de San Sebastián infradotado, aún en este de la Asistencia Sanitaria, a pesar de su importancia para la población, con el agravante de su lejanía debido a lo problemático de sus accesos e insuficiencia del transporte público, muy limitado por la falta de fluidez del tráfico en esta zona.

TERCERA PARTE

PLAN DE ASISTENCIA SANITARIA PARA ALTZA

CONCEPCION DE LA SALUD Y SU ASISTENCIA

"Se concibe la salud como un bien prioritario consistente en un estado de bienestar funcional, mental y social y no al simple hecho de ausencia de enfermedad o dolencia. La aceptación del pleno sentido de esta declaración se alcanzará progresivamente de acuerdo con el nivel de exigencia social de cada momento y las posibilidades ofrecidas por los recursos materiales y humanos existentes.

El bienestar funcional se entiende como la aptitud de la persona para afrontar el medio ambiente en que vive y trabaja.

La salud no es un hecho ajeno sino un estado variable que depende de influencias siempre cambiantes tanto a nivel de las condiciones ambientales (calidad del entorno rural o urbano, alimentación, etc...), como de las condiciones de vida (vivienda, educación, trabajo) y de las relaciones sociales.

La salud es siempre un problema de equilibrio. Equilibrio y armonía interna (mental, somática y emocional) y equilibrio entre el nivel de nuestras defensas en relación con el medio exterior. La necesidad de mantener estas defensas de forma natural, por encima de un mínimo, ha sido la base de la supervivencia humana. La disminución de estas defensas como consecuencia de la pasividad actual de las personas ante la salud y la artificialidad de los métodos actuales de curación constituyen, de hecho, una importante forma de agresión al hombre.

Se considera la salud como un bien autogestionable en parte por cada individuo a partir de unas condiciones sociales mínimas.

Se reconoce la dependencia existente entre enfermedad y medio social. Y, por tanto, la enfermedad se considera como responsabilidad social que exige una respuesta comunitaria.

Para conseguir un adecuado nivel de salud de la población se consideran más importantes los efectos producidos por los condicionamientos positivos del medio (educación, ambiente, alimentación, vivienda, trabajo, etc...) que los derivados de una simple atención médica. En especial, la educación adecuada deberá estar en la base de todo proceso auténtica de promoción de salud. Se deberán analizar con cuidado los efectos producidos por el sistema social que estamos creando, ya que no basta con implantar programas de acciones asistenciales compensatorios si la actuación no va también dirigida a su incidencia en el medio.

La salud se concibe como el resultado de un esfuerzo individual basado en una adecuada educación sanitaria, dentro de un contexto social positivo, y auxiliado por los medios socio-asistenciales de la comunidad.

El mantenimiento de la salud supone:

- Una participación activa del individuo.
- Una colaboración social positiva (educación, medio ambiente, condiciones de vida).
- Unos medios eficaces (sistema de salud).

La medicina se concibe como la respuesta del hombre a los problemas planteados por su salud en el contexto de una sociedad y consigo mismo.

En consecuencia, la medicina estará al servicio del hombre y de la sociedad con la finalidad de elevar su nivel de equilibrio y de defensa ante el medio.

La sanidad debe partir del concepto del ser como indivisible que no puede ser estudiado ni curado sectorialmente. La asistencia deberá ir al restablecimiento global de la salud te

niendo presente que la forma, y a veces el origen de la enfermedad, puede encontrarse en el psiquismo.

Partiendo del principio de que no hay enfermedad sino enfermos, el tratamiento de la enfermedad deberá considerarse en conexión con la totalidad de características propias del individuo que la padece.

Las formas de terapia deberán tener en cuenta que no se trata tanto de curar como de dejar que la naturaleza se normalice. En consecuencia, aquéllas, deberán tender, en sus métodos, a establecer una ayuda válida a los propios actos que la naturaleza del hombre hace para curarse a sí misma.

Se propone la necesidad de buscar formas graduables de terapia que comiencen a partir de cambios de formas de vida y de la aplicación de simples remedios naturales como paso previo a la aplicación de otros remedios artificiales y al uso de la cirugía.

Proponemos que se tome conciencia de los efectos yatrogénicos de los medicamentos en especial cuando se recetan innecesariamente o, con demasiada frecuencia, en casos leves.

La asistencia sanitaria deberá partir de la comunidad. Es en ella donde debe impartirse una auténtica educación sanitaria a través de la educación escolar, de la correcta utilización de los medios de publicidad y de campañas educativas.

La comunidad debe paralelamente organizarse en forma compatible con la salud; es decir, a nivel de medio ambiente (ruido, polución, publicidad), de planificación urbana (tráfico, soleamiento, zonas verdes, dotaciones deportivas, recreativas; asistenciales, etc...), y de alimentación racional.

La asistencia debe prestarse preferentemente en la comunidad para evitar los problemas derivados del desarraigo y de las acciones marginadoras de la sociedad. Esto implica la poten -

ciación de la asistencia primaria y de la figura del médico general, de los sistemas de diagnóstico rápido, de la asistencia domiciliaria, y de la colaboración de los profesionales sanitarios con los individuos para el restablecimiento de su salud.

Esta colaboración no debe limitarse a la prestación de un acto médico aislado sino que debe comprometerse en la labor de seguimiento posterior del paciente para detectar, a largo plazo, la incidencia del tratamiento impuesto en la salud del individuo.

Para que la sociedad no se organice en función de una eficacia productiva sino en función del hombre deben ser tomados en consideración los elementos más débiles o inadaptados de nuestra sociedad a fin de crear formas de convivencia aptas para todos.

Esto implica comenzar por un proceso de autocrítica, de mentalización y educación popular, de fomento de la colaboración ciudadana en los diversos grados de asistencia, de creación de formas de asistencia integradas y, por último, de consideración de los principios de la salud y de la convivencia en la planificación de todas aquellas actividades de incidencia sanitaria tales como educación, industria, urbanismo, trabajo, etc..."(1)

(1). "Bases de Política Sanitaria". PASN-3 (Navarra).

1.- OPCIONES SANITARIAS

Esta concepción de la salud y su asistencia pertenece hoy en día entre nosotros al mundo de las ideas y campo teórico - de la medicina.

Afortunadamente sin embargo, y cada vez con mayor frecuencia, oímos hablar de salud INTEGRAL; es fácil también el encuentro con médicos jóvenes que conciben la Asistencia Sanitaria de distinta forma, y se palpa junto a un descontento popular, una exigencia de calidad y una concepción de la salud no individualista, sino entendiéndolo como un bien social.

Unos años antes o después la Asistencia sanitaria tendrá que replantearse seriamente su transformación, porque el sistema sanitario es una consecuencia directa de la organización social y está por tanto relacionada con la concepción político-social de la comunidad.

Es por todo ello por lo que nos gustaría afrontar el problema con visión de futuro y plantear opciones con un contenido más progresista que la satisfacción de una necesidades primarias e inmediatas.

Mas conocida la situación sanitaria del barrio de Al - tza agravada por sus características generales, consideramos que requiere una solución urgente. No se puede esperar a que dentro - de unos años, y previendo los cambios que en este campo se van a producir en la sociedad, esperar a una solución más satisfactoria. No caben por tanto OPCIONES sanitaria en el presente caso. Solo planteamos una:

realizable de inmediato . . .

" a corto plazo

2.- REALIZABLE DE INMEDIATO

INSALUD y el Gobierno Vasco conocen perfectamente las reivindicaciones que a título de urgencia lleva reivindicando el barrio desde hace muchos años. No obstante y dado el carácter de la actual situación autonómica y para quien en el momento dado detenta el poder de decisión las planteamos de nuevo.

Altza reivindica la superación del primer escalón asistencial con servicios de medicina general, pediatría y practicantes y

SOLICITA:

- Servicios de practicante: días festivos.
- Servicios de urgencia
- Especialidades: Ginecología
Tocología
Medicina interna (corazón y pulmón)
- Equipamiento: Laboratorio y Rayos

Estas son sus exigencias MINIMAS de inmediato que han quedado suficientemente justificadas.

A esto nosotros hemos de añadir que éstas no nos parecen muy exigentes después de conocer la situación actual de la zona y ver de cerca sus instalaciones y asistencia sanitaria. Altza requiere además urgentemente de unas nuevas instalaciones y equipamiento y de una SOLUCION a su problema de accesos.

No se comprende como el año 1967 se planificó y aprobó solamente para el polígono 13:

8 Dispensarios de 200 m².

1 Dispensario con consulta para maternidad y algunas camas para hospitalización

y el año 1980 se justifica la existencia de un solo centro de 130 m² (en las condiciones citadas). La contradicción es muy fuerte, aunque la aprobación en 1967 a que nos referimos se realizó de acuerdo con la Ley del Suelo vigente y la implantación del Servicio depende directamente de INSALUD o ya en estas fechas de la Consejería de Sanidad del Gobierno Vasco. Lo menos que puede decirse es que las leyes de un mismo país no se contradigan.

3.- REALIZABLE A CORTO PLAZO

A corto plazo, y una vez cumplidas las necesidades inmediatas enunciadas, Altza requiere la implantación de un Ambulatorio o Centro de Salud que conciba la asistencia como un todo integrado.

Si hoy se está reconociendo oficialmente que la mala calidad de la asistencia sanitaria se debe a una también MALA planificación, con demasiados pacientes asignados a un médico de ambulatorio, saturación en los servicios y que la nueva planificación sanitaria será realizada con un concepto integral de la salud; reconociendo que muchos problemas sanitarios provienen de deficiencias de bienestar social, así como la necesidad de realizar importantes inversiones para la construcción de centros que subsanen el descuido y deterioro progresivo en el que se encuentran, parece lógico que la atención sanitaria de esta zona sea enmarcada dentro de estas concepciones.

La Asistencia Sanitaria Primaria, que es la que en este caso nos ocupa, se halla cada vez más cuestionada y en los modelos alternativos la figura de los "Centros de Salud" ocupa un lugar básico.

Centros de Salud

"Entre las diferentes propuestas para la transformación de la Asistencia Primaria encontramos una serie de coincidencias en torno a los Centros de Salud que intentaremos resumir brevemente.

- a). Es necesario hablar de Centro de Salud y de nivel de Asistencia Primaria dentro de un Sistema de Salud Integrado.
- b). Si la Asistencia Primaria es un núcleo central del Sistema de Salud, el Centro de Salud es la Institución básica y la puerta de entrada a dicho sistema.

- c). El C. de S. es el responsable de la Salud de la población de una zona asistencial determinada. La comunidad objeto de atención sanitaria se aconseja no sea menor de 3.000-5.000 habitantes para las zonas rurales dispersas ni mayor de 25.000-30.000 habitantes en zonas urbanas continuas.
- d). El C. de S. se hallará ubicado en un Sector Asistencial de acuerdo a la ordenación territorial y estará conectado con el hospital correspondiente. Su equipamiento y nivel de complejidad dependerá del número de población atendida y la problemática específica del Sector.
- e). El objetivo principal del C. de S. es dar una asistencia INTEGRAL PERSONALIZADA, PERMANENTE y CONTINUA a la persona y a la COMUNIDAD. Dicha asistencia será desarrollada en una triple vertiente: asistencia ambulatoria en el centro, as. domiciliaria y as. de urgencias en el centro.
- f). Las funciones que realicen incluirán la Promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia curativa, la rehabilitación y la reinserción social además de la docencia y la investigación.
- g). Las atenciones básicas de la asistencia primaria que se presten en los C. de S. serán:
- . Atención médica, tanto al adulto como al niño: Médico generalista y pediatra.
 - . Atención de Enfermería: más o menos diferenciada en especialidades (podología, comadrona, etc., según las necesidades).
 - . Atención de Asistencia Social.
 - . Atención de farmacia: para las urgencias.
 - . Analítica y Radiología básica que den soporte a la tarea médica.

- . Atención de Fisioterapia.

- . Atención Odontológica.

h). El C. de S. incluirá programas asistenciales específicos de atención a grupos limitados de población como pueden ser:

- . Asistencia a la tercera edad.

- . Planificación Familiar.

- . Asistencia materno-infantil.

- . Salud Escolar.

- . Salud Laboral.

- . Salud Mental.

- . Enfermos crónicos y disminuidos.

Algunos de estos servicios pueden prestar atención a varios Centros de Salud.

i). En el Centro de Salud se considerarán las personas globalmente - en sus aspectos BIOLÓGICO, PSÍQUICO y SOCIAL. El trabajo lo desarrollarán equipos de salud con profesionales distintos (médicos, enfermeras, psicólogos, asistentes sociales, etc.) incluyendo a miembros de la comunidad objeto de atención.

j). La comunidad atendida sanitariamente debe participar en los distintos niveles de selección de prioridades, planificación y programación, control, gestión y evaluación de los C. de S.

k). El Centro de Salud dispondrá de un Servicio de Información Sanitaria y Estadística, básicos para la Planificación y Evaluación de la Asistencia.

- 1). En el C. de S. se prestarán los servicios de especialidades básicas de atención médica a través de los profesionales de los servicios hospitalarios correspondientes a dicha área.

Algunas consideraciones sobre municipios y Centros de Salud

- Al hablar de Centros de Salud es necesario especificar su contenido para no utilizar una denominación que puede ser equívoca, ambigua o inoperante.

- Los Centros de Salud Integrales tan solo serán posibles incluidos en la red asistencial de carácter público. Esta está representada actualmente a pesar de sus insuficiencias por la red de consultorios, ambulatorios y hospitales de INSALUD (Instituto Nacional de la Salud antes llamado INP), además de los centros dependientes de las Diputaciones, Asistencia psiquiátrica, Maternidad, etc.) y Corporaciones Locales. Su transformación exigirá cambios importantes en el seno del INSALUD, eje de la integración por su peso cualitativo y cuantitativo que deberán ser estimados desde el Parlamento, los Organos de gobierno de las Instituciones Autónomas, los Ayuntamientos y por la presencia efectiva del movimiento popular y reivindicativo.

- En el proceso de elaboración de proyectos y propuestas se han de tener presentes los tres sectores implicados en dicha transformación:

- a). la Administración Sanitaria como responsable,
- b). los profesionales de la Salud como agentes sanitarios, y
- c). la población objeto de atención sanitaria y las organizaciones sociales y políticas por las que se expresa.

- Los Ayuntamientos deben facilitar la incorporación de la población al debate sobre las alternativas sanitarias y fundamentalmente en lo que más les atañe: la Asistencia Primaria.

La metodología e instrumentos a utilizar comportan - una adecuada y profunda labor de INFORMACION, junto a lugares de encuentro donde se amplíe la PARTICIPACION ciudadana: consejos - de salud, comisiones de sanidad, cursillos básicos, etc. En este punto no hemos de olvidar la importancia de intervenir ya ahora en la gestión de los centros asistenciales del INSALUD tal como se preveía inicialmente en los pactos de la Moncloa.

- Además de la participación en órganos de gestión o - discusión generales o de Centros conviene insistir en la participación en la programación, seguimiento, control, evaluación e incluso ejecución de programas específicos y concretos que ofrezcan formas de vinculación comunitaria muchas veces más sólidas y persistentes. Así lo demuestran experiencias en planing familiar, en salud escolar, salud laboral, etc. que, de introducirse en - los centros sanitarios actuales pueden suponer notables avances en la calidad de los servicios prestados y en la necesaria desmedicalización de problemas institucionales, sociales, culturales, etc. que aparecen tan solo en su vertiente de demanda de atención médica.

- Desde las Corporaciones Locales también puede impulsar se la incorporación de profesionales sanitarios (médicos, A.T.S., farmacéuticos, asistentes sociales, etc.) en la elaboración de - proyectos de mejora de la Asistencia Primaria y adecuación de funciones de los actuales centros asistenciales en verdaderos Centros de Salud. Aunque signifique romper muchos miedos y dificultades, es la única manera de acercar a muchos profesionales desconfiados y temerosos a una reflexión serena sobre los cambios a introducir en este nivel. Para otros sanitarios (ej.: ATS) puede significar dar un paso clarificador en su profesionalización muchas veces sometida a tareas poco cualificadas y condicionamientos jerárquicos.

Tenemos que señalar que en no pocas ocasiones surgirán conflictos de tipo corporativo al desarrollarse funciones nuevas hasta ahora. Así lo demuestran, por ejemplo, el rechazo del papel de las consultoras de planificación familiar no tituladas por sec

tores importantes de ATS. Su oposición al reconocimiento de esta nueva figura sanitaria se debe, creemos, a la defensa de unos - puestos de trabajo en un área -el planing- en expansión.

- Los Ayuntamientos y sus formas de asociación (Mancomunidades, Comarcas, etc) tienen un papel esencial a jugar en la - ordenación territorial de los servicios asistenciales y en la - ubicación de los nuevos equipamientos sanitarios. Además de ser competencia municipal la reserva de suelo para dichos recursos, abre un campo de intervención futura importante. Las reuniones - comarcales en Catalunya para la confección del Mapa Sanitario - han evidenciado estos hechos de un modo positivo, aunque puntual.

- La adecuada reorganización de dispensarios y otros - centros sanitarios municipales como casas de socorro, etc., de - ben contribuir a la conformación de una amplia red de servicios - asistenciales básicos más adaptados a labores de promoción y pro - tección de la salud, educación sanitaria, prevención de enferme - dades, etc., prestando soporte donde sea posible a determinados - servicios sobre grupos de población sometidos a riesgos específi - cos (salud escolar, salud maternoinfantil, salud mental, planifi - cación familiar, etc.). A buen seguro que significará en muchos - casos un reciclaje de los profesionales de cara a las nuevas ta - reas a desarrollar. Sería la mejor manera de mejorar la rentabi - lidad social de estos centros. Los Ayuntamientos pueden interve - nir frente a la Administración Sanitaria para lograr algunas de - estas transformaciones (ej.: casas de socorro).

- En la reciente etapa de democracia municipal se está - corriendo el riesgo de crear servicios y centros para compensar - las insuficiencias del INSALUD y de que estos tiendan a confor - marse con una red paralela con todas las pegas que ello implica: - presupuesto insuficiente para la atención que se pretende dar - sea correcta, y/o bloqueo del presupuesto municipal en incenti - vos parciales, etc.

La creación de nuevos servicios y centros de dependencia municipal será en el futuro incluso más limitada que en la actualidad no tan solo por factores de tipo presupuestario sino por el convencimiento de que o son asumidos directamente por la Administración Pública Central, o se reciben partidas presupuestarias especiales para financiarlos. Como las dos posibilidades son bastante difíciles se pueden prever situaciones conflictivas y de fuerza de Ayuntamientos y población frente a la citada Administración central.

- Los actuales Centros de Salud que dependen de los municipios, atienden en muchos casos una sola disciplina (centro de salud mental, centro de salud laboral, etc.) y en otros casos agrupan dos o más de estos servicios incluso combinados con atenciones de urgencias y de enfermería básica. Casi siempre se han inspirado en modelos sanitarios alternativos al actual (ej.: Servicio Nacional de la Salud) de los cuales han tomado el nombre (Centros de Salud) entre otras cosas para diferenciarlos de las actuales denominaciones de consultorios, ambulatorios, dispensarios, etc. También han nacido con vocación de ser integrados en el futuro dentro de un sistema de salud público, a pesar de que no siempre se adivinan las dificultades que estos pueden comportar ni el tiempo que habrá que transcurrir hasta entonces.

Estos Centros municipales si bien juegan un importante papel en la promoción de la salud de la comunidad en cuanto asumen funciones de tipo asistencial acaban creando una demanda capaz de romper muchos presupuestos si no se establecen limitaciones que pueden a su vez producir un desgaste político importante si las expectativas creadas no se canalizan correctamente hacia la administración sanitaria.

- No quisiéramos terminar sin señalar que el papel de los Ayuntamientos y sus Delegaciones de Sanidad en el futuro, tendrán tendencia a incrementar su papel político, de negociación y de presión porque no habrá transformaciones reales de la Asistencia Primaria que no provengan de medidas tomadas por la Administración Sanitaria Central. Estas medidas afectarían al INSA - LUD, al mismo tiempo que deberían permitir una descentralización de la gestión a nivel municipal donde los Ayuntamientos tendrán un papel fundamental en el Consejo de Salud Municipal y del Area Sanitaria. De ahí la importancia de respaldar las propuestas con el protagonismo de los afectados (población y profesionales sanitarios) y de hacer un gran esfuerzo de trabajo e imaginación para posibilitar una nueva Política de Salud para toda la población". (1)

(1). Cuadernos de Gestión Municipal. Nº 5. Setiembre 1980.

Un centro de este tipo u otro requeriría de un previo estudio de su emplazamiento o ubicación correspondiente. Sin embargo, teniendo en cuenta que el Excmo. Ayuntamiento de San Sebastián tiene ya en reserva un terreno para estos o similares fines en Altza y si el proyecto de enlace denominado "tijera" de Intxaurreondo se lleva a efecto (según planos adjuntos) y en el plazo previsto, podrían solucionarse en gran parte los problemas sanitarios de la zona.

No entramos en la organización del Plan propiamente dicho, ya que a nuestro juicio esto es competencia de personal especializado en el tema en colaboración con la comunidad afectada por un lado y por otro ello no corresponde al objetivo del estudio.

Lo que es palpable es la necesidad inmediata de una mejor asistencia que requiere:

- . nuevas instalaciones
- . servicios de urgencia
- . laboratorio y Rayos X
- . servicio diario de practicantes
- . más especialidades: corazón y pulmón
medicina interna
ginecología

y a corto plazo un nuevo Ambulatorio o Centro de Salud.

C O N C L U S I O N E S

1.- DERECHO A LA SALUD Y SU ASISTENCIA

El derecho a la Salud figura en todas las listas de derechos humanos como uno de los más fundamentales y básicos.

Es un hecho bien conocido en la dinámica política actual la importancia creciente que, al menos verbalmente y en el terreno de los principios, se otorga a los derechos humanos. Por su parte el estado español en su nueva versión democrática no se queda atrás en cuanto a proclamar y suscribir tales derechos.

Una cosa es sin embargo el conocimiento y reconocimiento de un derecho y otra bien distinta su operatividad y ejercicio.

Ciñéndonos concretamente al derecho a la Salud es evidente que constituye una bella proclamación en papel mojado mientras en oferta sanitario (infraestructura y recursos humanos) no se homogeneice desde el punto de vista espacial al menos en sus aspectos más fundamentales y comunes.

Ello significa que la comunidad humana contemplada en este estudio debe contar en su ámbito territorial con un equipamiento sanitario suficiente a nivel de la atención sanitaria primaria, primer escalón en la estructura sanitaria que cubre las necesidades más fundamentales y comunes que afectan la vida cotidiana de una comunidad. La insuficiencia e inadecuación del equipamiento actualmente existente han quedado suficientemente manifestadas en este informe y taxativamente reflejadas en el juicio valorativo "...es una pocilga" emitido por un alto funcionario con consternada sinceridad en relación con el actual consultorio de la Seguridad Social.

En cuanto a los recursos humanos de orden sanitario al servicio de la zona podemos tomar como eficaz indicador de su precaria situación sanitaria la presencia de tan solo 10 médicos, que cubren solamente Medicina general (7) y especialidades Pediatría (3), cuando ateniéndonos a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud se requerirían alrededor de 40 médicos que deberían cubrir el conjunto de las especialidades médicas.

La absoluta precariedad de la zona contemplada en cuanto a las atenciones sanitarias de orden primario apunta de por sí suficientemente a la justificación de un Ambulatorio, que por su propia naturaleza sería el tipo de equipamiento y atención sanitaria indicado para colmar la actual situación.

2.- CARACTERISTICAS ESPECIFICAS. BASES PARA UNA ATENCION SANITARIA PRIMARIA

El grupo humano que aquí contemplamos se enmarca dentro de un distrito urbano periférico por su posición en el espacio y netamente suburbial por el bajo nivel que alcanzan sus servicios.

Por lo que a nosotros atañe muy en particular es evidente el carácter suburbial de la zona considerada en cuanto a la dotación sanitaria. En el campo del informe se contienen suficientes datos que avalan dicha información.

Caben muy pocas dudas sobre el derecho que pueda asistir a una comunidad urbana del volumen y características como la considerada a constituir una unidad de vida donde las necesidades básicas de todo tipo puedan ser atendidas de forma que la vida cotidiana pueda desarrollarse dentro de su ámbito espacial con dignidad y sin sobresaltos.

Debe considerarse que a la altura de 1980 un sector urbano de estas características y en un país mínimamente desarrollado, que se quiere moderno y avanzado, necesita los servicios sanitarios pertinentes para satisfacer las necesidades de Salud de orden primario como mínimo. Las necesidades sanitarias primarias no son por supuesto un lujo, ni tampoco se inscriben en una periodicidad tan dilatada que justifiquen razonablemente desplazamientos a otros sectores urbanos mejor dotados para satisfacerlas. Por el contrario, estas necesidades forman parte sin ambages de la vida cotidiana y como tales deben ser atendidos dentro de su marco urbano.

Igualmente es necesario hacer hincapié en las características sociales. Recordemos que nos hallamos ante una comunidad humana formada en su mayor parte por estratos sociales de modesta extracción. Baste recordar el alto porcentaje que alcan

zan los obreros no cualificados y la abundancia de inmigrantes en el grupo humano que consideramos.

Sentadas estas bases es lícito deducir en primer lugar las peculiares necesidades sanitarias que concurren en este tipo de poblaciones tanto de orden objetivo, como sobre todo de orden subjetivo y que se traducen de hecho en una mayor necesidad de consumo sanitario que la que se deriva de otros grupos humanos numéricamente equivalentes, pero de características sociales más elevadas.

Por otra parte es manifiesto el relativamente bajo poder adquisitivo de una comunidad de estas características sociales y la injusticia social que supone obligarla de hecho a satisfacer estas necesidades por sus propios medios a falta de un equipamiento social suficiente.

A pesar de los pesares y contra toda evidencia, puede haber alguien que haciéndose fuerte en no sabemos qué oscuros argumentos puede defender la tesis de que sin mayores males los habitantes de la zona pueden desplazarse a los ambulatorios cercanos.

Es evidente que esta tesis se encuentra en abierta contradicción con las posiciones de este equipo técnico y las conclusiones que se derivan de este estudio.

Si bien todas las razones contenidas en este informe, tanto las explícitas como las implícitas, contradicen tal tesis, existe tristemente la probabilidad de que persista de hecho y la situación sanitaria de esta comunidad siga siendo la que es con tendencia a degradarse con el paso del tiempo.

Ante ello y puesto que se obliga a numerosos miembros de esta comunidad a trasladarse diariamente hacia otros Ambulatorios, teóricamente cercanos, debemos añadir a todo lo

apuntado algunas razones más que en nuestra opinión ponen seriamente en entredicho esta solución.

- 1º.- Se obligaría a los eventuales usuarios de atención sanitaria primaria a salir a la N-1.
- 2º.- La carretera N-1, más bien calle Mayor de la conurbación San - Sebastián-Alza, Herrera-Pasajes-Rentería, totalmente semaforizada en la actualidad, mantiene un intensísimo tráfico.
- 3º.- El tramo concreto de la N-1 a la que deben acceder los usuarios es precisamente el más conflictivo por el tráfico derivado del puerto de Pasajes y los accesos de/a la autopista BB. - Este tramo, corto en metros, es como se sabe un auténtico "tapón" que soporta una de las intensidades de tráfico más altas de todo el Estado.
- 4º.- De acuerdo con todo lo anterior se obligaría a los eventuales usuarios de atención sanitaria primaria a traspasar una auténtica "frontera" o "muralla" para satisfacer una necesidad básica.

En conclusión, la cercanía de otros ambulatorios es más teórica que real tanto por la extrema dificultad de los accesos como por las deficiencias del transporte.

El planificador sanitario no puede ingenuamente apoyarse en la real cercanía planimétrica olvidando la "distancia psicológica" que se impone a esta comunidad y la "distancia-tiempo" que en este caso equivale cuando menos a un traslado desde el centro de San Sebastián hasta Tolosa.

La solución de desplazamiento debe ser considerada desde nuestro punto de vista poco razonable y seria, más semejante a una sentencia condenatoria que a una solución.

Si bien todo lo dicho es aplicable a todos los Ambulatorios cercanos, queremos dejar en claro que ello tiene aún más validez en relación con el nuevo ambulatorio sito en Pasajes de San Pedro, cuyo acceso es el más conflictivo con la agvante de la inexistencia de medios de transporte colectivo.

3.- REQUISITO ESENCIAL, N° DE CARTILLAS

Parece ser que la justificación de los ambulatorios para la administración pública es ordinariamente contemplada de forma decisiva desde la variable demográfica.

Extractando los datos fundamentales que figuran en el cuerpo del informe, tomamos los siguientes indicadores:

Habitantes - 41.740

Activos - 17.201

Analizados los diversos componentes de la población activa se llega a la conclusión de que el número de cartillas - que ello comporta no es menor de 17.000.

Si a esto añadimos las cartillas correspondientes a las clases pasivas, jubilados y pensionistas fundamentalmente, que pueden estimarse entre 1.000 y 1.500, tenemos que el total de cartillas a atender en la actualidad se sitúa en torno a las 18.500.

No tenemos ninguna duda de que todos los ambulatorios que actualmente funcionan en el Estado español están sobradamente justificados por las necesidades que atienden, pero de igual forma tenemos la seguridad de que bastantes de entre ellos se encuentran por debajo de la base justificativa que puede presentar la comunidad de Alza.

Pero todavía hay más, puesto que dentro del territorio considerado se encuentran aprobadas o en curso de aprobación varios planes parciales de vastísimas dimensiones. Es de sobra conocido el impacto de la actual crisis económica en el sector de la construcción que ha determinado una total paraliza

ción en los planes a los que hacemos referencia. Sin embargo en la actualidad se han iniciado las actividades constructivas en el plan parcial promovido por el Instituto de la Vivienda que cuenta acoger unos 14.000 nuevos habitantes.

Por lo tanto el territorio considerado en este informe está llamado a un importante crecimiento a corto y medio plazo, por cuanto constituye en la actualidad la principal zona de expansión de San Sebastián.

Sin ser excesivamente optimistas, teniendo en cuenta los datos aportados y el crecimiento vegetativo de la población, debemos estimar en torno a 60.000 habitantes la población de 1985 y en cerca de 25.000 cartillas las correspondientes a esta población en dicha fecha.

La conclusión es evidente a nivel del tema sanitario que aquí nos ocupa. La muy precaria situación actual está llamada a verse muy gravemente deteriorada en los próximos años de no mediar la solución que aquí se propugna.

4.- CONSIDERACIONES FINALES

En conclusión final y resumida, la necesidad de un Ambulatorio se impone con evidencias difícilmente refutables a partir de lo demográfico o de lo social, de lo económico o urbano. Todos los prismas adoptados refractan su luz abundando en la misma evidencia.

La evidencia es tan clara que puede poner en duda la necesidad de un estudio.

Desde luego puede afirmarse con pocos temores que la necesidad de un Ambulatorio no requiere grandes estudios para los cientos de personas que todos los días se ven obligadas a vivir una pequeña odisea para satisfacer sus necesidades sanitarias más primarias. Y no se olvide que todos los habitantes de esta comunidad viven con cierta frecuencia esta aventura.

Tampoco abriga muchas dudas al respecto quien desde el exterior conoce medianamente las características de este hervidero humano infradotado y mal comunicado.

Es cierto que, a pesar de lo dicho anteriormente, un estudio centrado en el tema permite dar forma a simples intuiciones y sentimientos sirviendo de base para formular las respuestas más apropiadas y mejor localizadas. Con esta finalidad hemos realizado el presente trabajo. Sería muy de lamentar que tan nobles objetivos que justifican este estudio se vieran sustituidos por el subterfugio de dilatar soluciones necesarias y calmar ánimos exacerbados con una maniobra de distracción.