

ANÁLISIS SOCIAL Y SANITARIO DE LA SORIA DEL SIGLO XX.

¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Qué? ¿Quiénes?
¿Dónde?

Por DR. JUAN MANUEL RUIZ LISO

A Inés Ruiz Canal (24-VII-2011)

INTRODUCCIÓN

Sirve este trabajo a modo de resumen escrito de la Conferencia impartida en el Casino Círculo Amistad Numancia de Soria, el pasado día 21 de marzo de 2011, con ocasión de la presentación del libro HISTORIA EPIDEMIOLOGICA DE SORIA 1900-2010. EL MAÑANA DEL AYER de este autor, y en forma de “compensación” para las decenas de personas que no pudieron entrar en la sala Gerardo Diego y por tanto ver y oír su contenido que fue amenizado por la lectura de versos sorianos de Pepe Sanz y el acompañamiento musical de Norberto Moreno.

Es este periodo del siglo XX, duro y convulso a la par que poético, un marco etario de grandes cambios en lo político y en lo social, en lo sanitario y en lo local, en lo demográfico y... diríamos que de forma integral en todo lo que es y supone una forma de vida de una provincia que tiene en su curva de Gauss un punto de inflexión en los años 50s.

Al igual que hice en mi exposición oral y aunque difícil de separar, he querido delimitar específicamente el cuándo, el quién, el qué, el cómo y el dónde (¿?) como secciones capitulares de un ayer añejo del siglo XX.

Por el componente emotivo que tuvo su lectura y porque trasladada con su recitación, la mente, a la fotografía dinámica de ese ayer, es imprescindible incluir esa extraordinaria poesía de Virgi-

lio Soria que dibuja nuestro pasado en esta introducción. Ello condicionará además, implicar al lector en esa aura del Collado de principios de siglo que tanto atrajo a otros poetas como Gerardo Diego y Antonio Machado.

“Hace ahora prácticamente un siglo, un médico soriano, el Dr. Mariano Iñiguez Ortiz editaba, a través de la Excma. Diputación Provincial de Soria, un trabajo que se puede considerar pionero en relación con la moderna epidemiología neoplásica. **“El Cáncer en España”** muestra los primeros registros de mortalidad neoplásica con gráficos y mapas de calidad científica muy superior a las posibilidades reales de principios de siglo.

Según sus datos, en los periodos 1901-1907 y 1917-1923 la provincia de Soria era la de mayor riesgo potencial de mortalidad por “cáncer de estómago e hígado”. Por el contrario era la de menor mortalidad en España por “cáncer genital femenino y mama” y una de las de menor riesgo en “cáncer de intestinos, recto y peritoneo”.

Hoy, cualquier país, comunidad o región precisa de una base de datos epidemiológicos de las enfermedades más prevalentes para elaborar sus planes de salud. La epidemiología neoplásica geográfica pone de manifiesto las diferencias cualitativas y cuantitativas de los diferentes tumores en relación con su distribución territorial.

Es imprescindible conocer aquellos problemas de salud que más nos afectan con objeto de establecer soluciones prioritarias para los mismos. Gracias a estos trabajos epidemiológicos conocemos que nuestra provincia ha tenido el honor de ser la de menor mortalidad por **diabetes mellitus** de toda España (tasas estandarizadas).

De todos es conocido que el cáncer es, junto con las enfermedades cardiovasculares, la mayor causa de mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

La existencia de un único servicio hospitalario de Anatomía Patológica en la provincia de Soria permite recoger la práctica totalidad de los tumores incidentes en nuestra área sanitaria. Hoy en día es imprescindible el diagnóstico anatomo-patológico para filiar a un tumor. Por otro lado, la escasa población de Soria y el

alto índice de afiliación a la Seguridad Social con tarjeta sanitaria individual permite un excelente control sociosanitario a la hora de realizar estudios epidemiológicos contrastados.

Creemos que con trabajos de este tipo contribuimos también de forma indirecta en la lucha contra el cáncer en nuestra región.

Por otro lado, las evidencias epidemiológicas que ponen en relación la dieta con el desarrollo de determinadas neoplasias son, cada día, más evidentes. Tras los trabajos de Doll y Peto en 1981 que ponderaban en un 33% la alimentación como factor de riesgo en el desarrollo global del cáncer, Willett en 1995 indica que el tipo de dieta es responsable del 32% de la mortalidad por cáncer (20-42% según localizaciones y tipos histológicos). Dos años más tarde, Potter considera que se podría prevenir el desarrollo del 33% de las neoplasias broncopulmonares, gastrointestinales y de cérvix si incrementáramos dos veces y media la ingesta de frutas y verduras en nuestros hogares.

S O R I A

VIRGILIO SORIA

“La que nos vio jugar por calles y plazuelas,
huir ante los guardias, seguir a las mozuelas.
aquellas en las que hicimos nuestro mejor camino:
la escuela, el Instituto, el Collado, el Casino;
aquella en la que están nuestros recuerdos fijos,
Soria de nuestros padres, Soria de nuestros hijos.
En fin, nuestra Soria buena, pura y sencilla
colgada junto al cielo, allá en la alta Castilla.

¡Qué tiempos más hermosos!
¿Los recordáis, amigos?
Todos igual que yo, habéis sido testigos,
y gozasteis de soles que ahora en la lejanía,
más bien parecen cosa de pura fantasía.

Tan lejano y tan próximo está ese claro ayer
que, cerrando los ojos, cruzar podemos ver:

Don Bernardino, grave, bajo los soportales,
Don Epifanio, ágil, marchando a los Royales,
el Docto Hinojar dentro de un cochecito
y el buen Don Pedro Antonio con su paso pasito.

Era cuando Rioja iba al tren presuroso
para dar en El Noti su grito victorioso
de soriano que triunfa, y era la verdad neta,
pues siempre había uno que llegaba a la meta.

Camino de la Audiencia a convencer jurados,
iba con sus papeles Don Mariano Granados.
Y Don Blas Taracena, frente alta y paso lento,
bajaba, tempranito hacia el Ayuntamiento.

Pasaban al Gobierno o a la Diputación
Don Ramón, Don Higinio, Don Luis y Don León,
Doctor Gaya, Juan Brieva, Don Joaquín y Vicent
y las Juntas Gestoras, que iban buscando un tren.

Otros muchos pasaban: Arjona, Don Manuel,
Iñiguez, Don Felipe, Don Gustavo, Febrel
y, aquí y allá, luchando por la sorianidad
ese soriano inmenso que es el Sr. Abad.

Otros iban, venían, más de modo esporádico:
Ayuso escandaloso, el Vizconde flemático
e igual que por sus títulos, por sus barbas notorio,
el Sr. Don Aurelio González de Gregorio.

Era cuando salían el viejo *Noticiero*.
el grave *Avisador*, *El Ideal*, *El Duero*,
Tierra Soriana, *Tierra*, *Porvenir*, *La Verdad*,
(que viene buena) luchas de Artigas y el Abad.
Y cuando hasta los niños, nosotros, ¡ay Señor!
teníamos periódicos de hombres: El Ruseñor.

¿Qué ciudad en el mundo dio, ni ahora ni antes,
lo que dio nuestra Soria de ocho mil habitantes?"

ANTECEDENTES

SOCIO-SANIDAD DE LA CIUDAD DE SORIA A FINALES DEL SIGLO XIX

En 1891, el Dr. Bonifacio Monge publica un interesante trabajo “Higiene de la Ciudad de Soria” que nos dibuja los cambios que la salud pública ha generado en la población.

Por su interés, entresacamos algunas partes de su interesante estudio.

“Mefitismo* por hacinamiento”: *“Es el mefitismo de las clases menesterosas que aherrojadas por la escasez de medios vense obligadas a cobijarse bajo un techo que se convierte en luctuoso panteón de sus energías físicas.”*

** Lo que respirado puede causar daño, especialmente cuando es fétido*

“No hay que fatigarse mucho recorriendo algunas de las calles del antiguo Soria, para encontrar ¡viviendas! en planta baja, oscuras y de capacidad reducidísima, constituidas por una sola pieza y donde se albergan dos, tres o más individuos de un mismo sexo y aun de sexo diverso y en cuyo uno de sus ángulos háyase colocado ambulante y rudimentario fogón en el que se procede al condimento de las viandas.”

“En estas, a manera de Ergástulas, ni se dispone de los seis metros cúbicos de aire puro por persona y hora que la ciencia reclama ni el que existe es otra cosa sino escaso vehículo donde se encuentran disueltos mortíferos gases en proporciones alarmantes, y el llamado miasma bohémico (sic), formado por la acumulación de exhalaciones, secreciones y exudados que del cuerpo humano se desprenden.

(Ergástulas: Viviendas bajo tierra para los esclavos)

Consecuencias

Las calles más favorecidas con esta especie de tugurios lo son aquellas que más adolecen de falta de luz y ventilación, y hay una ley que la experiencia ha visto siempre confirmada, cual es la de que “en casa oscura, moradores débiles y mezquinos.”

Debe proscribirse la arraigada costumbre de criar cerdos (una temporada del año –a peor–) dentro de las casas de la población,

por perjudicial y por antihigiénica, dando carácter de estabilidad y permanencia a la acertada disposición de sacarlos fuera de la urbe para su engordo y recría.

<< ¡Ecastor! Urbs bene olet qui nihil olet.>> (Plauto)

El buen gusto y la higiene pública demandan se proceda al enterramiento de animales muertos, recubriéndolos con una capa de carbón vegetal antes de echar la tierra, verificando aquel a bastante profundidad.

EPIDEMIAS DE CÓLERA:

1855: Abundantes víctimas

1865: Desapercibido

1885: Algunas víctimas en la capital.

Mayor número en Monteagudo, Ágreda y Tarazona.

EPIDEMIAS DE SARAMPIÓN:

1881-82: Numerosos niños. Barrios hacinados.

“Una de las causas que más niños mata es el frío, tanto más cruel, cuanto menor es su edad, pues un simple coriza, que en un niño mayor no tiene importancia, en un pequeñín es grave, porque impide la succión para mamar, por obstruirse las narices, y después de varias tentativas para mamar y acosados por el hambre, sin conseguirlo, agitados, cansados de gritar y sufrir, caen en un estado de abatimiento del que es difícil sacarlos”.

Otra de las enfermedades muy frecuentes en los niños, debida al frío, es la diarrea catarral, que la mayoría de las veces no hacen caso las madres, atribuyéndola a la baba y creen que no debe cortarse; y como dice el Dr. Ulecia, la diarrea es lo mismo en los niños que la tuberculosis en el adulto.

El alcohol lejos de ser un alimento, es un veneno y así se debería explicar en las escuelas.

La nodriza que beba vino, como no lo haga en pequeña cantidad, criará el niño endeble, enfermizo, estreñido y predispuesto a

multitud de enfermedades graves como la eclampsia y la meningitis, complicación de todas sus dolencias.

En algunas madres existe la nefasta costumbre de dar en los días posteriores al nacimiento sopas, papillas y bizcochos mojados en vino. Todo menos leche que es lo que el delicado estómago de las criaturitas podría digerir con más facilidad.

A la mortalidad coopera la insalubridad de la mayor parte de las viviendas, y especialmente las habitadas por clases de escasos recursos, verdaderas zahúrdas impropias de ser habitadas ni siquiera por bestias. Tales moradas en una sola pieza tienen muchas veces todos los departamentos de la casa, y sus moradores duermen amontonados en el mismo departamento en que se guisa, en una atmósfera viciada por el ácido carbónico que se desprende en toda combustión, por los miasmas exhalados del cuerpo humano a que da lugar la acumulación de personas en un mismo recinto, por el humo del tabaco y por el de las sustancias aromáticas que emplean para enmascarar olores nauseabundos.

Añádase a todas estas circunstancias antihigiénicas, la de la lobreguez de esos antros, a los cuales nunca llega el sol, empobreciendo la sangre de los que habitan y se comprenderá que lo verdaderamente asombroso es que en ellos puedan vivir seres humanos, pues es axiomático que *“donde no entra el sol... entra a menudo el médico”*.

CARTILLA HIGIÉNICA PARA MADRES Dr. Rafael Ulecia y Cardona 1904

- 1.-Haz lo posible por criar a tu hijo. Mas, si tu leche fuese escasa o de mala calidad, recurre en el primer caso a la lactancia mixta (pecho y biberón) y en el segundo a una buena nodriza. Tan solo cuando te sea absolutamente imposible una ú otra forma, entonces emplea la lactancia artificial pero bien reglamentada. (biberón).
- 2-a.-No darás al niño el pecho o biberón, sino cada dos horas los tres primeros meses, durante el día. Y a lo sumo, dos veces por la noche (desde las 11 a las 7 de la mañana). Así podréis descansar mejor. Después, cada tres horas de día y solo una vez por la noche.

Procura que no quede harto, porque niño que toma más leche de la que a su edad corresponde, está muy expuesto a enfermar

2-b.-Para calcular bien la ración diaria de leche, el mejor guía es el peso. Al primero y al segundo mes deberá tomar 600 o 700 gramos, terciada con agua. Desde el tercero o cuarto, o desde que pese 5 o 6 kilos, dale 100 gramos de leche pura de vaca (*), por cada kilogramo que pese.

(*) Leche que contenga de 37 a 38 gramos de manteca y en niños de tipo normal.

Pésalo cada 8 o 15 días, pues nada te dirá como la balanza pesa niños, el verdadero estado de nutrición de tu hijo. En el 1º trimestre ha de ganar cada día (como término medio) de 30 a 20 gramos; en el 2º de 15 a 10; y en el 4º de 10 a 8 gramos al día.

Si aumenta menos es que la calidad o cantidad de la leche que toma es deficiente, y deberás consultar al médico.

La diarrea en el niño es tan temible como la tuberculosis en el adulto. En cuanto aparezca, ponlo a dieta absoluta y avisa enseguida al médico, porque al principio, es fácil contenerla; después corres mucho peligro de quedarte sin hijo.

La dentición es un acontecimiento natural, casi siempre, que en los niños bien criados, rarísima vez produce transtornos graves en su salud.

Los que más padecen con la dentición son los niños a quienes antes de cumplir diez meses se les da otro alimento que no sea leche.

10.a.-Es un verdadero crimen dar de comer a un niño antes de que cumpla el primer año. Hasta entonces, dale leche y solo leche. En casos excepcionales, podrá tomar desde los diez meses, sopas hechas con agua y sal, o también con leche; pero en manera alguna con caldo, aun cuando esté bien colado. Al cumplir el primer año puede añadirse a la sopa o a la leche, un huevo pasado por agua (sólo la yema).

10.b.-Al año y medio puede ya tomar sopas con caldo, huevos (clara y yema) y también pescados blancos; pero no le des carne roja hasta que no cumpla tres años. El vino, el café y las frutas le son perjudiciales en estos primeros años de su vida.

12.-En resumen: cuida de que no coma ni beba nunca con exceso, ni tampoco entre sus comidas regulares. Así le evitarás los trans-

tornos gastrointestinales (indigestiones o diarreas) que son la principal causa de la enorme mortalidad de la primera infancia.

Procura poner en práctica estas sencillas reglas de higiene y tendrás muchas probabilidades de conservar a tu hijo.

No lo hagas y cuenta por casi seguro que pagarás con lágrimas tu desobediencia a este leal y desinteresado consejo.

Diciembre 1904 Rafael Ulecia y Cardona.

VALOR CALÓRICO Y NUTRITIVO DE LA DIETA ALIMENTICIA
(Datos por Habitante y día)

	<i>Kilocalorias</i>	<i>Proteínas</i>	<i>Materia Grasa</i>	<i>H de Carbono</i>
1907	3.614	150	277	400
		18,0%	33,4%	48,6%
2003	2.822	96,5	140	256
		19,6%	28,4%	52,0%

Pensemos en los años en que surge el Faro del Hogar, en los que Soria cuenta con algo más de 150.000 habitantes sin alcanzar los 10.000 en la capital, con 70 médicos colegiados de los que tan solo un 20% residen en la ciudad. Como médico humanista, intentaré reseñar la labor de los más importantes desde el punto de vista sanitario y social, al igual que el desarrollo de aquellos acontecimientos de “bienestar y malestar” que han tenido una impronta significativa a través de las páginas de ese Faro del Hogar sacerdotal del Burgo de Osma, Hogar y Pueblo, Soria Hogar y Pueblo, Soria Semanal (Soria 7 Días), Heraldo de Soria, Diario de Soria y recientemente en El Mundo-Diario de Soria.

Las epidemias de gripe (1918 y 1927), parálisis infantil (1927) y de viruela (1909 y 1919) “siguieron azotando a la ciudad y provincia, “diezmando a su población” en palabras del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz. El Faro del Hogar a través de sus “cuartillas” de linotipia animaba a la vacunación de la viruela en toda la provincia.

En 1920 se edita la Revista Médica “Numancia Sanitaria” a la que da la bienvenida Faro del Hogar y que con una periodicidad

mensual alcanza su último número en 1936 con la muerte trágica de muchos de sus protagonistas y el exilio de algún otro. Se edita también en 1926 el primer libro de Epidemiología Neoplásica en España, del Dr. Mariano Iñiguez Ortiz, del que da cumplida cuenta la prensa provincial.

En este primer tercio del siglo XX hubo un gran número de galenos que dedicaron parte de su tiempo a la política, generalmente desde posturas progresistas: Eloy Sanz Villa –más tarde Alcalde de Soria– que colaborará en la instauración de la I República; Juan Antonio Gaya Tovar –padre de Gaya Nuño– que redacta en 1931 el “Manifiesto por la República” y que en 1933 con otro manifiesto “¡A las urnas, ciudadanos!” se publica en la Voz de Soria, siendo vetado por el Faro del Hogar ante algunas frases no admisibles por la redacción ligada al clero: “..... y de que el presumir de católicos, no es garantía suficiente para ser persona decente.....”. Gaya Tovar pierde las elecciones y vuelve a escribir un artículo muy duro para la sociedad quiescente soriana del momento: “Soria: Una Provincia del siglo XVII”.

Un ejercicio de redacción del mas puro estilo humanístico había sido publicado por Gaya Tovar en 1921 y reproducido por nosotros el 15 de Enero de 1995 en Diario de Soria: “Recuerdos de la vida estudiantil; mi primer parto”. Vivencias médicas asociadas a un viaje en tren por la provincia -Coscurita, Alcuneza, Tardelcuende y Torralba- que merecería la pena ser objeto de valoración y estudio en los centros escolares. Deliciosa lectura.

El principal suceso de esos años tuvo lugar en la Plaza de Toros de Soria el 4 de Octubre de 1925 con la muerte en el Hotel Comercio (6/X) del famoso torero Juan Anlló ”Nacional II” por un botellazo atribuido a un médico soriano (Dr. Antonio Cabrerizo) con graves repercusiones para los festejos taurinos de Soria . En 1935 fallece una mañana de Domingo de Calderas, por el 5º toro de la cuadrilla de San Miguel, Vicente Ruiz “El Chinche”, quien paciente de úlcera de estómago fue “reventado” (hemorragia digestiva masiva) contra la barrera por el astado. Más de 10 facultativos intentaron recuperarlo en su casa del Ferial, y entre ellos los doctores Luis Santamaría, Mariano Iñiguez y Gaya Tovar (padre de Gaya Nuño).

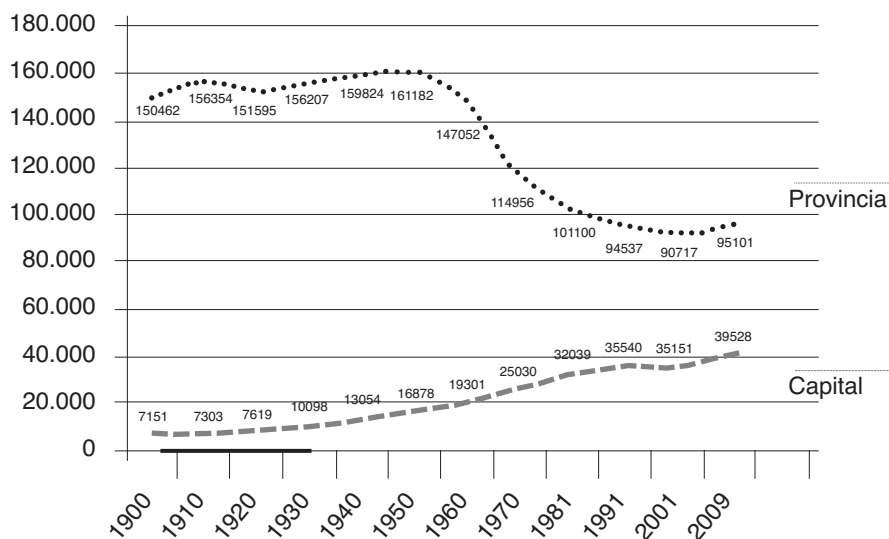
Y ya en 1935 señalar –dada la polémica actual– el proyecto del nuevo Abastecimiento de Aguas a Soria que el ingeniero Clemente Sáenz quería realizar, por su gran caudal, desde Fuentetoba.

Los años de la guerra son duros para todos y tan solo algunas tertulias de algunos médicos en el “casino provinciano” ponen de manifiesto, en palabras de Calvo Melendro, la mayor incidencia de neoplasias en el bando de los perdedores.

No obstante, el mayor problema secular patológico de nuestros paisanos reside en el *campo de la envidia* como referente de una cronicidad epidémica. Ello en adición al verbo QUEDRAR (exclusivo del léxico soriano) como referente de ejecutar una acción, desarrollo o progreso con fines poco claros, –¿Qué quedará este paisano que ha hecho esto?!. No pueden entender muchas personas que alguien haga algo sin intenciones ocultas. Ello hace que la envidia y el “quedrar” haya modificado a la baja nuestro desarrollo.

¿DÓNDE?

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE 1900 A 2010 EN SORIA CAPITAL Y PROVINCIA



Examinando el gráfico, apenas necesitamos interpretación para ver cómo hay una despoblación marcada de esta provincia que arranca desde 1950-1960 y también cómo no vuelve a recuperarse. Al mismo tiempo, su capital pasa de apenas 7000 habitantes en 1900 a una cifra en torno a los 40.000 teóricos (derecho) que en realidad son cerca de 50.000 (de hecho) al residir en la capital una gran parte de los vecinos de las zonas cerealistas empadronados en sus localidades rurales pero con vivienda familiar en la capital.

El único trabajo que realmente hace una aproximación a la estructura social provincial es el que realiza el Dr. GREGORIO NIETO en 1933 en que estudia las clases sociales en Soria. En él y sobre un cómputo de 31.421 vecinos (156.207 habitantes) considera pertenecientes a :

BENEFICENCIA: 10 %.

CLASE OBRERA: 60 % ◊ Ingresos < 150 ptas / mes / familia.

CLASE MEDIA...: 20 % ◊ Ingresos 150-300 ptas /mes / familia.

CLASE ALTA.....: 10% ◊ Ingresos > 300 ptas / mes / familia.

Es pues, una estructura socio-poblacional en que 2/3 de sus habitantes tienen carencias.

¿QUIÉNES?

El “ayer” –en salud– que se abrió hace ahora más de un siglo y que se cierra con la reforma del Hospital de Santa Bárbara en esta década, presenta algunas características que ya reflejara certeramente el **Dr. Bonifacio Monge** en su “Memoria sobre Higiene de la ciudad de Soria” (1890). *Enfermedades prácticamente ausentes en nuestros días florecían como maleza en el campo; enfermedades de gran incidencia en nuestros días, se desconocían a finales del siglo XIX.*

Se llena de satisfacción el Dr. Monge –en su Memoria– al decirnos que *“a finales del siglo XIX las epidemias ya no se cebaban en la provincia de Soria como a principios de siglo; el cólera de 1855 causó bastantes víctimas, mientras que el de 1865 pasó casi*

inadvertido; el de 1885 con pocos casos en Soria capital sembró localidades como Monteagudo, Agreda, Tarazona etc...” También el sarampión en los años 1881-82 cortó la vida a un respetable número de inocentes criaturas, sin olvidar las epidemias de viruela. Las tasas de mortalidad mostraban en Soria cifras por debajo de la media nacional; 39-40 por mil habitantes en 1870; 34,3 en 1890 frente a 45-50 muertes por mil habitantes en la tasa media española.

La asistencia médica en la provincia, del primer tercio del siglo XX, se ha conocido en gran parte gracias a la revista “Numancia Sanitaria” (1920-1936) que editada siempre por el Colegio de Médicos, tuvo épocas de co-edición con el de Farmacéuticos. Su lectura, hoy implantada en la red, tiene verdaderas páginas de humanismo y solidaridad, aunque también otras –las menos– de verdaderas luchas profesionales. Sabemos que para la población, más arriba indexada, Soria dispuso en 1918 de 75 médicos colegiados, 134 en 1921, 139 en 1925 (73 veterinarios y 79 farmacéuticos) y 163 en 1936 para sobrepasar apenas los 520 en el año 2011.

Soria tenía en 1900 una población de 150.621 habitantes de los que vivían en la capital 7.116. Estas cifras se mantienen a lo largo de la primera década del siglo XX con una media de 152.000 y 7.250 habitantes. El número anual de nacimientos era de 5.900 con 4.400 defunciones en la provincia (1900-1910). Apreciamos una natalidad grande (38,78 x 1000) que también se acompaña de unas tasas altas de mortalidad (28,53 x 1000). Estas tasas, es imprescindible conocerlas si queremos analizar algunas de las cifras que posteriormente citaremos. Como primer análisis vemos –que a pesar de las carencias en salud– el crecimiento vegetativo era positivo a comienzos de siglo.

No menos deliciosamente formativa es la lectura de la “Memoria sobre las Causas de Mortalidad en Soria” del médico municipal **Dr. Valentín Guisande de Brea** que se edita en Soria en 1907. Y es extraordinariamente docente porque el análisis epidemiológico que hace de muchas de las enfermedades de nuestra Soria se podría publicar actualmente.

Alimentación sana, higiene y ventilación de las viviendas:

- *“...casi tanto cría a los niños la limpieza como la leche... donde no entra el sol, entra a menudo el médico”,*

Calefacción

- *“Aquí donde la leña debiera hallarse poco menos que regalada, por la abundancia de tal combustible, resulta cara por la falta de medios de comunicación y se emplea en la casi totalidad de las viviendas el brasero como medio de calefacción... habitaciones poco aireadas con cambios bruscos de temperatura de la habitación a la calle... Una de las causas que más niños mata es el frío, enemigo de la infancia pues un simple coriza en un niño pequeño es grave al impedirle la succión para mamar por obstruirse las narices...”*

Alcohol que

- *“Lejos de ser un alimento es un veneno y en las escuelas debería darse a los niños, entre otras enseñanzas, los efectos perniciosos que el alcohol causa en el organismo humano; lejos de dar energías, las resta”. “La nodriza que bebe vino, criará el niño endeble, enfermizo, estreñido y predispuesto a multitud de enfermedades graves como epilepsia, idiotismo, locura, meningitis, neurosis etc...” “Desde los primeros días siguientes al nacimiento existe en algunas madres la nefasta costumbre de dar a sus hijos, sopas, papillas, bizcochos mojados en vino; todo menos leche que es lo que el delicado estómago de las criaturitas puede digerir con más facilidad”*

Como ejemplo y reflejo de las enfermedades de una época, hay que valorar la mortalidad en la ciudad de Soria en 1901: 178 fallecidos –93 hombres y 85 mujeres–. Meningitis, pulmonías, cirrosis hepáticas, gastroenteritis, tuberculosis y erisipela junto con aislados casos de cáncer eran las causas de la mayoría de fallecimientos.

No puedo cerrar este apartado sin valorar la “Cartilla Higiénica para las madres” del **Dr. Ulecia y Cardona**, destacando su encabezamiento:

- *“Es deber sagrado de toda buena madre, amamantar a su hijo”; posición ladeada del bebé tras mamar, nunca boca*

arriba; limpieza de los pechos; vacunaciones; control de diarreas -"tan terribles como la tuberculosis"; leche y solo leche en el primer año de vida;.....

Quiero –tras esta breve introducción histórica– acercarme hacia quienes han sido los responsables de la mejora secular de la salud en Soria. Empezar con el **Dr. Mariano Iñiguez Ortiz**, es no sólo de justicia, sino de reconocimiento a sus muchas veces olvidada figura. Fue un adelantado a su tiempo tanto en su trabajo asistencial en el Hospital Provincial de la calle Nicolás Rabal, como en sus estudios epidemiológicos, “El Cáncer en España” (1926) donde hace uno de los mejores análisis epidemiológicos de esta enfermedad. Se considera el primer atlas geográfico de mortalidad por cáncer en nuestro país. Las tasas que él estudiaba de cáncer de estómago -en la provincia de Soria- han permanecido estables hasta comienzos de los años 90 Soria era, y ha sido hasta fechas recientes, la provincia española con mayor incidencia y mortalidad por este tipo de cáncer y una de las mayores de la Unión Europea.

Hay, en estos comienzos de siglo, otro hecho de gran importancia en la salud de los sorianos. La llegada a Soria del **Dr. Jesús Calvo Melendro**, marca una época y rompe con un tipo de asistencia sanitaria. Ha pasado a la Historia de la Medicina dando su nombre “*Enfermedad de Calvo Melendro-Mollaret*” a la *meningitis multirrecurrente idiopática benigna*, que describe en un soldado del cuartel de Soria.

Por la trascendencia que la enfermedad neoplásica tiene en nuestros días debo señalar lo que el **Dr. Mariano Iñiguez** explica en su libro “El Cáncer en España. (Soria 1926)”, una aproximación científico-literaria muy profunda de la palabra CÁNCER.

... Entre todas las lenguas llamadas arias son probablemente el sánscrito y el español las que con más elegancia y precisión han designado a los tumores malignos, empleando palabras que expresan fielmente las ideas que siempre ha tenido el pueblo acerca de estas lesiones. El primero los llama “kar-kata”, palabra compuesta que significa carne comida y comida len-

tamente, porque con lentitud iba desapareciendo el pecho de la mujer a cuya lesión se aplicó principalmente este nombre.

Desgraciadamente los escritores médicos griegos no estuvieron a la altura de los filósofos y literatos, porque tuvieron la poca precaución de designar a las lesiones cancerosas con la palabra “karkinos”, que si bien por sus raíces significa carne y acción de comer, tiene, sin embargo, el grave inconveniente de que se empleaba para designar al cangrejo como animal comedor de carne. De este doble significado de la palabra karkinos se ha derivado la confusión que consiste en llamar a los tumores malignos con el nombre de un animal voraz y comedor de carne.

La adopción de la palabra cáncer para designar a los tumores malignos es lamentable para los españoles, ya que en nuestro rico idioma existía otra que como el kar-kata sánscrito, expresa admirablemente el concepto que el pueblo tuvo, en épocas remotas, de estas lesiones malignas. Esta palabra es carcoma. Lo que oficialmente se llama carcoma (insecto que roe y taladra la madera y la reduce a polvo) se llama “carie” por el pueblo y “quera” al polvo resultante de la acción del insecto. Car es una raíz o palabra que siempre ha significado carne; coma expresa la acción de comer. Por tanto llamar carcoma al insecto que come la madera es un contrasentido.

También cuenta como algunos curanderos trataban a principios del siglo XX los cánceres de mama, poniendo sobre la tumora-
ción ulcerada de la mama de la mujer trozos de carne fresca para que los “bichos” que se comen la carne de la mujer poco a poco (origen del cáncer de mama), prefieran comerse la carne fresca en vez de la mama de la mujer. Estos curanderos decían que curar no curaban el cáncer pero disminuían el dolor y alargaban la vida (sic).

El Dr. Epifanio Hernández (Médico de Oncala)

HUMO y CÁNCER

Incide en la posibilidad de relacionar diversos tipos de cáncer y especialmente los de estómago con el contenido de los “humos”.

Piensa que en la zona donde trabaja –Sierra Alba–. Al igual que en el medio urbano, la brea y los hidrocarburos industriales pueden causar cáncer de pulmón y de otras vísceras. Aquí –en el medio rural– los “hidrocarburos de combustión, humo inhalado y *carnes ahumadas*” ingeridas pueden ser los responsables de la marcada incidencia de cáncer de estómago. Es una zona además con rarefacción del aire, que provoca una disminución del porcentaje de oxígeno. Para su autor, en el cáncer de estómago, es preponderante la acción tóxica de las CARNES AHUMADAS. Es llamativa la incidencia de cáncer en su zona: 375 casos x 10.000 habitantes. (?)

LA GRIPE

Las Epidemias tuvieron importantes efectos en la población soriana de principios de siglo.

Envuelta en el misterio y por caminos desconocidos, aunque sospechados, hizo la gripe su aparición bulliciosa en España el año 1918. El inofensivo soldado de Nápoles –<terminología de la época>–.

Difícilmente seríamos capaces hoy de asimilar las cifras de muertes que enfermedades como la “gripe” causaban a principios de siglo. En España, la epidemia gripal de 1918 había causado 147.060 fallecimientos, próximo al 8 x mil de la población española de aquel año. Soria, al igual que el resto de las provincias, tuvo unas cifras elevadas que llegaron al 8,10 x mil de la población con 1.279 muertes en 1918. Hubo pueblos como Deza, Langa, Cabrejas del Pinar, Berlanga etc., cuyas cifras fueron doble y triple la media provincial –más de 25 fallecidos x 1.000 habitantes–, llamando la atención que la mayor mortalidad asentó en las pequeñas poblaciones. La epidemia de 1927 tuvo menor mortalidad.

LA VIRUELA EN SORIA

Dr. M. Íñiguez Ortiz

Era endémica en Soria hasta 1875. De 1871 a 1875, hubo en nuestra provincia dos epidemias con 50 muertos en 1.871 y 56 en

1874. Sin embargo, siguieron azotando a la ciudad y en 1.882 hubo 168 defunciones; 81 en 1892 y 61 en 1898 “¡Un verdadero desastre!

Observa el Dr. Íñiguez que no han desaparecido y que mantiene una cadencia de 10 años: 1909, 1919 y...” *de no vacunar y vacunar a la población habrá otra en 1929.* “*La vacunación debe ser general e intensiva en los años siete, ocho y nueve de cada decenio, y debe alcanzar a todos los habitantes, especialmente adultos. Si no se hace esto con mano firme, en 1929 tendremos viruela.*”

Hace un llamamiento a las autoridades para promocionar la vacunación a través de LA VOZ de SORIA del día 6 de Enero de 1923.

DECLARACIÓN DE LAS EPIDEMIAS: Junta Provincial de Sanidad (Noviembre 1927)

Para que una epidemia pueda ser considerada como tal, a los efectos oficiales, es preciso que esté así declarada por dicha Junta Provincial. Tan sólo fueron tres las epidemias de esta forma declaradas desde 1917:

- **Gripe de 1918: en toda la provincia**
- **Parálisis Infantil 1927: Soria capital**
- **Gripe 1927: Pueblos de la provincia**

oooOOooo

ALGUNOS AÑOS DESPUÉS

De los años 1950s a nuestros días, con la llegada de los antibióticos, cambia el perfil de las enfermedades. De acuerdo con los datos del Registro Civil, son esos primeros años 50s y aun en el primer quinquenio de los 60s, periodos en que las enfermedades cardiovasculares son todavía infrecuentes en nuestra tierra. Encontramos muertes por Infartos de Miocardio de forma aislada, mientras que el Cáncer producía el 25% de los fallecimientos y de estos, 1 de cada 4 por cáncer de estómago. Tienen que pasar bastantes años y acercarnos a los años 80s para evidenciar unas ci-

fras en progresión geométrica de enfermedades cardiovasculares; el cáncer gástrico –íntimamente ligado a los hábitos alimenticios– mantenía, sin embargo, sus tasas de incidencia y mortalidad haciendo a nuestra provincia motivo de estudio en los foros internacionales de la oncología.

Los doctores **Hinojar, José Heras Ercilla**, el dentista **Cuevas** –tío de Leonor y padrino de su boda con **Antonio Machado en la Iglesia de La Mayor**–, **Julio Martín Contreras**, nombres de los galenos del primero y segundo tercio del siglo XX. Fueron años, de los 50s a los 70-80s, en que los médicos, practicantes, matronas y otros sanitarios sorianos, tuvieron que dedicarse a la compatibilidad en sus trabajos. La Obra Social del 18 de Julio, el Hospital Provincial, el ambulatorio del Instituto Nacional de Previsión, etc... veían las mismas caras.

El **Dr. Félix Susín Hernández**, gran cirujano, padre de una saga de médicos, y excelente persona, con la humildad de su saber, no tenía mañanas ni tardes; días ni noches. Hubo jornadas en que llegó a realizar más de 20 intervenciones quirúrgicas en el Hospital “Virgen del Mirón” (Institucional). Es de destacar el bajo índice de infecciones postoperatorias de los quirófanos de dicho Hospital, hoy reconvertidos en almacenes. El **Dr. José María Mateo Rubio**, gran especialista en aparato digestivo, tuvo el desagradable papel de diagnosticar la mayoría de los tumores de estómago e intestinos, sorianos, en esos años. Los doctores **Ramón Delgado, Carmen Longares Esteban y Javier Calvo Gridilla**, ayudaron a bien-nacer a un gran número de los hombres y mujeres de hoy, apoyados por un grupo de matronas como **Dña. Elisa, Angelita, Marce, Anita, Duli** etc.. y recibidos con los cuidados pediátricos del **Dr. D. Darío García Díaz**. Otros galenos como los doctores **Eduardo Dodero** –que llevó toda la patología cardiopulmonar de la provincia y que siguió manteniendo activa su profesión hasta pocos meses antes de fallecer–, **José Vilella Azagra** –único dermatólogo hasta la llegada de facultativos a la Residencia y responsable del cambio estructural del Colegio de Médicos en los años 70s y 80s–, **Lucio de Miguel Labanda** –excelente cirujano y prestigioso urólogo–, **Luis Susín –hijo–, César Mediano, Gregorio Mazariego, Luis Cortabitarte, Brieva, D. Narciso de Fuen-**

tes, **Agustín Pérez Tomás**, **Ana Manrique** y otros muchos fueron también responsables de la salud hospitalaria de los sorianos antes de abrirse la Residencia Sanitaria –hoy de Santa Bárbara– y de la salud pública. Practicantes hubo también, que fueron pioneros en la Anestesia como **Mariano García Valladares** –diseñador de una modificación de los aparatos de anestesia, “escalador” de viviendas para poner inyectables, y maestro de muchos anestesiistas actuales, ya que antes la anestesia la podían ejercer los enfermeros/practicantes. En la Rehabilitación, **José Luis Guinda**, enfermero de la Clínica Sala de Pablo fue el introductor de la Fisioterapia en Soria. Eran al mismo tiempo, docentes de muchos facultativos de aquel entonces.

En el ámbito rural no podemos dejar de citar a personalidades de la talla humana y profesional como los médicos **Diego Rafael Cano Gracia** y **José Ignacio García Fernández** cuyo libro *POR TIERRAS DE SAN PEDRO* es una Escuela de la Medicina de trincheras medioambientales frente a vientos invernales, fronteras naturales y nieves de varios metros de altura. ¡Había que atender los partos, a pesar de todas las barreras! ... Pero es mejor que lo lean. **D. José Pastor Mejuto** y **D. José Moreno Moreno** que eran apreciados en sus pueblos no solo por los cuidados que generaban, sino también por el asesoramiento integral familiar que a diario ejercitaban y tantos otros, cuyos nombres no quiero olvidar pero que un texto como este no me permite ampliar.

El **Dr. Juan Sala de Pablo**, junto con el **Dr. Jesús Calvo Melendro** y el **Dr. Mariano Iñiguez Ortiz**, podemos considerarlos la tríada médica más importante del siglo XX en nuestra provincia, sin olvidar al primero de la saga de los galenos **Guisande** con tres generaciones en el siglo XX. El **Dr. Sala de Pablo**, uno de los profesionales más preparados e inquietos, siguió actualizándose como si se tratara de un MIR, hasta el día de su fallecimiento. A él se debe el Colegio Universitario de Soria y más aún lo que hubiera podido llegar a ser la Facultad de Medicina de Soria, en que llegó a darse hasta 5º curso de su licenciatura. Fue también impulsor del non-nato Instituto de Educación Física cuya documentación finalista reposa en la Biblioteca de la Fundación

Científica de Caja Rural. Al igual que otros tantos proyectos quedaron como tales, a pesar del “*peso específico*” de su diseñador.

Hemos de señalar como un hecho de gran importancia para Soria la constitución en 1975, en el Hospital Institucional (Virgen del Mirón) de la **Hermandad de Donantes de Sangre de la Seguridad Social**, con una primera Presidenta, **Dña. María del Carmen Pérez de Guinea**. El tiempo ha puesto de manifiesto la importancia de esta institución “sin ánimo de lucro” referente obligada de todas las familias sorianas que hayan precisado sangre, bien por accidente, bien por intervención o procesos hematológicos. Gracias.

La Escuela Universitaria de Enfermería que se fundó en el Hospital de la Diputación / Institucional / Virgen del Mirón, con cerca ya de 50 promociones de alumnas/os y que llevó el nombre del **Dr. Juan Sala de Pablo**, uno de sus mayores pro-hombres, ha sido y es una de las instituciones sanitarias con mayor prestigio nacional. Sus enfermeras eran solicitadas para trabajar en numerosos hospitales dada su extraordinaria cualificación y formación tanto en el área profesional como en la humanística. Dirigida en un principio por religiosas, en la actualidad se ha transferido su gestión a la Universidad de Valladolid. De sus cualidades formativas a nivel integral dan reflejo diario el personal enfermero que hoy ocupa tanto los Hospitales del Complejo (Santa Bárbara y Virgen del Mirón) como los Centros de salud de nuestra provincia.

Hoy nuestra tierra puede presumir de personalidades médicas como el **Profesor Jesús San Miguel Izquierdo** (Almarza 1952), Catedrático de Hematología de la Universidad de Salamanca, Jefe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario y Subdirector del Centro de Investigación del Cáncer de Salamanca (CIC). Además es miembro del Comité Científico de la International Myeloma Foundation, Multiple Myeloma Research Foundation, Fundación Carreras y Fundación de la Asociación Española de Hematología; miembro del Comité Científico del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) y del Consejo Científico Asesor de la Fundación Genoma España. Ha recibido la Cruz al Mérito y la Orden Civil de Sanidad así como numerosos premios de investigación entre los que destacan el Premio Wal-

denström, el Premio de la CEOE a la investigación científica en Ciencias Biomédicas, el Premio de la Fundación de Ciencias de la Salud y el Premio de la Academia de Medicina Nacional de Buenos Aires. El pasado año PREMIO SEVERO OCHOA de Investigación. Y obtuvo también en 2009, el Premio Nacional de Investigación de la FCCR de Soria.

Quedaría simplemente en el ámbito curricular, si no hiciéramos especial mención de algunas páginas especiales de los trabajos científicos de estos profesionales que iban guiadas expresamente por un componente humanístico.

Así: MARIANO IÑIGUEZ describe las enfermedades con un matiz literario que engancha en su lectura y descripción. Como muestra, su descripción de la Difteria en su obra no publicada pero si premiada en relación con Soria: GEOGRAFÍA MÉDICA DE SORIA.

VII

DIFTERIA Y CRUP.

.....

Duerme en su casa el labrador a pierna suelta sin más preocupación que la próxima visita del recaudador de contribuciones. La luz del alba no ha iluminado las bardas de su corral, ni los gallos madrugadores han anunciado la venida del nuevo día cuando su sueño se ve interrumpido por un ladrido especial que le despierta sobresaltado. Presta un momento de atención; ya no oye nada; será, piensa, el perro del vecino que se quedó al raso. Concilia, el sueño inmediatamente con esa facilidad envidiable de los trabajadores del campo; pero nuevos ladridos seguidos de llanto le indican claramente que dentro de su casa ocurre algo extraordinario, algo importante que alarma sus sentimientos paternales. La madre que sigue despierta y ansiosa la respiración de sus hijos en el silencio augusto de la noche, al ver a su marido despabilado, enciende prepurosa el viejo candil para visitar la habitación de sus niños entre los cuales hay uno que esta impaciente y la mira ansioso, pidiéndole con la mirada que le libre de algo que le oprime la garganta, algo que le quita el sueño reparador y que por las señales es sumamente grave.

Hay consejo rápido de familia; se impone la llamada del médico. No vaciles un momento, labrador lugareño.

Todo ello digno de la mejor reflexión humana y que da un perfil de extremada sensibilidad a su autor, al igual que acometía en sus actos médicos.

También como hemos dicho el Dr. Valentín R. Guisande de Brea fue un adelantado a su tiempo a través de sus estudios epidemiológicos y como tal fue reconocido según podemos ver a través de esta cita:



D. Valentín R. Guisande Brea

Uno de los médicos ~~notables~~ más reputados que figuraron en el último congreso internacional verificado en Madrid, fué D. Valentín R. Guisande Brea, que representó oficialmente al Ayuntamiento de Soria.

El Sr. Guisande nació en Santiago de Compostela, el 17 de Febrero de 1831 y cursó el bachillerato en el Instituto de aquella localidad.

En la Universidad de la misma población siguió la carrera de Medicina obteniendo previa oposición y con nota de sobresaliente una plaza de alumno interno

numerario del Hospital clínico de aquella Facultad de Medicina, cargo que desempeñó por espacio de cuatro años con suma brillantez.

Fuó secretario del Ateneo científico de alumnos internos y en él dió notables conferencias, que le valieron grandes plácemes de compañeros y profesores.

Después de obtener la nota de sobresaliente en los ejercicios de la licenciatura, obtuvo en ellos premio extraordinario.

La memoria que presentó para la licenciatura versaba sobre este tema: *Clasificación de las articulaciones del cuerpo humano en general y descripción de los órganos que le constituyen.*

Terminada la carrera que por modo tan brillante estudió, fué de médico á Pozuelo de Gáramo (León), donde ejerció seis años, distinguiéndose como especialista en enfermedades de los niños y combatiendo una fuerte epidemia difté-rica, sobre la que hizo prolifjos estudios, que le valieron ser nombrado socio correspondiente de la Española de Higiene.

Ha desempeñado los cargos de médico titular del partido judicial de Talavera de la Reina, en Navaleán y de Covalada (Soria).

En 1868 se le nombró médico municipal de Soria, cuando ya lo era de la cárcel correccional y forense interino del Juzgado de Instrucción.

Es socio activo de la Asamblea Suprema de la Cruz roja y secretario por abección de la Junta de gobierno del Colegio médico provincial de Soria.

Mucho nos congratulamos en honrar estas páginas con el nombre de tan distinguido facultativo.

Los datos que nos aportan los **Dres Guisande de Brea y Mariano Iñiguez** de principios de siglo XX y que hemos contextualizado en las tablas de nuestras publicaciones (*ver Historia Epidemiológica de Soria 1900-2010 www.fundacioncajarural.net gratuita*), nos dibujan una Soria secular en que las neoplasias apenas eran significativas sobre las tasas de mortalidad total en nuestra provincia. Las infecciones, según observamos más adelante, condicionaban la mortalidad que hoy inducen las neoplasias o las enfermedades cardiovasculares, de muy baja incidencia también en dichos años. Una esperanza de vida media al 50% de la de nues-

tros días, y la inexistencia de los antibióticos hasta bien entrados los años 50s eran los responsables de esta situación epidemiológica que en determinados años llegó a diezmar la ciudad y la provincia (epidemias de cólera, tifus,...).

LOS MÉDICOS Y LA POLÍTICA

Es de destacar cómo los Médicos de aquel entonces estaban íntimamente ligados a la política según podemos entresacar de Numancia Sanitaria antes de su cierre en 1936 y la trágica desaparición de muchos de ellos.

Como muestra telegráfica y sucinta señalar:

JUAN ANTONIO GAYA TOVAR. (1934: VICEPRESIDENTE DIPUTACIÓN) realiza diferentes escritos y manifiestos muy comprometidos –en aquellos años– que le llevarán al pelotón de fusilamiento tras el levantamiento militar.

10-4-1931: Manifiesto por la República.

17-11-1933: A las Urnas ciudadanos!

.... “*Presumir de católicos no es garantía suficiente para ser persona decente*”....

21-11-1933: ¡Una provincia del siglo XVII!

1935: *Recuerdos de la Vida estudiantil. Mi primer parto 15-05-1921* ALCUNEZA.

Una lectura que recomiendo encarecidamente a todos aquellos que todavía mantienen viva su sensibilidad y humanidad.

Los tres hermanos **Gaya Nuño, Amparo, Benito y Juan** acompañaban habitualmente a su madre **Gregoria Nuño Ortega**, y a su padre el **Dr. Juan Antonio Gaya Tovar**, que lucía fina estampa muy al uso unamuniano, según las fotografías de la década.

El Dr. Gaya Tovar prestigioso médico ejercía también como profesor de gimnasia en el Instituto General y Técnico –hoy Antonio Machado–.

Transmiten optimismo y seguridad. Todo cambiaría un año después, en agosto de 1936, cuando Gaya Tovar fue fusilado.

¿CUÁNDO? ¿CÓMO?

En Soria capital podemos hablar de hospitales a partir del ubicado en las afueras de la capital en la carretera de Aragón.

ZONA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL DE SANTA CRISTINA

La encomienda-hospital de Santa Cristina de Soria, ya existente en 1129, se situó pasando el puente del Duero, al comienzo de la Carretera de Ágreda. Tenía rentas en los lugares de Corto y Calderuela en la provincia de Soria y estaba sujeta al prior de Santa Cristina de Somport que desde 1607, cuando se suprimió el clero regular, residía en la catedral de LA SEO en Zaragoza. A principios del siglo XVI la iglesia se encontraba en ruinas y en 1538 se concedió permiso para dismantelar el edificio y utilizar su sillería para reparar el Puente de Piedra.

LAZARETO / HOSPITAL DE NIÑOS EXPÓSITOS de SAN LÁZARO

Existió una pequeña iglesia románica, con la advocación de San Lázaro, cuyas ruinas pueden aún verse, alteradas por la línea férrea. Según Nicolás Rabal, por su situación y nombre, fue hospital de lazarettos, encargados del cuidado de los leprosos.

Los **DOCE LINAJES** fundaron en sus dependencias una casa de niños expósitos que fue entregado para que se establecieran en él los agustinos

Fue abandonado hacia 1850 y la iglesia fue dismantelada trasladando su arte mueble **al Convento de La Merced (Hospicio)**. Hoy tan solo puede observarse un pequeño “pilón” de agua donde supuestamente limpiaban las lesiones de dichos pacientes. La residencia canina junto a San Polo nos data el lugar de su antigua ubicación.

CONVENTO DE SAN AGUSTÍN, NTRA. SRA. DE GRACIA

En este convento residió como lector de Gramática, entre 1555 y 1556, **FRAY LUIS DE LEÓN**. Con apenas 12 habitaciones- por denominarlas de alguna forma- podemos ver su estructura mutilada y dañada junto a “las barcas del Augusto” en la mar-

gen izquierda del semáforo previo a la travesía del Puente de Piedra. Todavía puede verse, subiendo hacia El Mirón, restos del antiguo artesanado capitular.

ANTIGUO HOSPITAL DE SANTA ISABEL EN c/ SANTO TOMÉ. COFRADÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PIEDAD

Fue incendiado por el general José Joaquín Durán en la Guerra de la Independencia, para que los franceses no ocuparan dichas posiciones defensivas en la ciudad. En 1835 se produce la desamortización de Mendizábal y el hospital es clausurado, trasladándose al también desamortizado Convento de SAN FRANCISCO. Durante la Guerra contra el francés invasor se hace “un Hospital de sangre” en la hoy conocida como ermita de Santa Bárbara junto al Hospital Santa Bárbara del Sacyl.

HOSPITAL DE PEREGRINOS

En la Plaza del Salvador y donde hoy ocupa su lugar las viviendas anexas a la cementada parroquia del mismo nombre, tenía su asiento este mal llamado hospital. El Hospital de Peregrinos fue uno de los hospitales con los que contó la ciudad, encargado de la asistencia de los peregrinos que iban a SANTIAGO DE COMPOSTELA por el denominado Camino Castellano-Aragónés o Camino de Santiago de Soria . Se derribó en 1967.

HOSPITAL DE SANTA ISABEL

Entre 1835 y 1970 el Hospital de Santa Isabel recibe en su nueva ubicación –hoy abandonado Colegio Universitario– a la congregación de Hijas de la Caridad y finalmente en el año 1970 se traslada al Hospital Virgen del Mirón en la Carretera de Logroño.

La vida hospitalaria que se acerca a los conceptos actuales de hospitalización tiene su asiento en este **Hospital “Santa Isabel” / “San Francisco”** de la Calle Nicolás Rabal y posteriormente en el que hasta fechas recientes se llamó Hospital Institucional, aunque fuera concebido como Centro Antituberculoso (AISNA).

RESIDENCIA SANITARIA “SANTA BÁRBARA”

El 2 de Julio de 1980 el **Presidente Adolfo Suárez** inaugura la **Residencia Sanitaria** –que no tiene nombre propio hasta el siglo XXI– en las eras de Santa Bárbara, cumpliéndose una vieja aspiración de muchos sorianos y dotada de todas las especialidades necesarias para un hospital provincial en esos años. En este Centro se desarrollan una serie de hechos que merece la pena señalar y recordar.

El Síndrome Tóxico

Inducido por la ingestión de aceite de colza desnaturalizado, tuvo en Soria una importante incidencia en la zona oeste de la provincia (1981) con fallecimientos y graves alteraciones degenerativas. Hay que pensar que su potencialidad tóxica transformaba el tejido muscular en adiposo con todas las consecuencias orgánicas y funcionales que terminaban en la asfixia por anulación progresiva del funcionamiento del aparato respiratorio y del resto de aparatos y sistemas.

El Stent de Colon

El “stent” de colon para resolver las obstrucciones intestinales de etiología neoplásica es una de las mayores contribuciones de los facultativos de este hospital, en la Historia de la Medicina.

La idea surge en Noviembre de 1993 en el transcurso de una comida, en una guardia, en que coinciden el Dr. Antonio Mainar y el Dr. Eloy Tejero. El planteamiento fue: si un stent vascular, biliar o en esófago, actúa recuperando la luz del órgano, ¿podría superar la fuerza de un tumor oclusivo en el colon y mantener una luz suficiente para permitir el paso de las heces?

La alternativa a ésta posible aplicación de los stents era la cirugía de urgencia y eso les animó a intentarlo en un paciente, puesto que si no funcionaba siempre estaba la opción quirúrgica.

Tuvieron que esperar un mes para tener al primer paciente candidato. En Diciembre del 93 implantaron el primer stent en colon con buen resultado técnico y clínico. El segundo paciente se

presentó en Enero de 1994 y de nuevo tuvieron excelente resultado. Ese mismo año consiguieron sus primeras publicaciones científicas sobre el tema (Tejero E, Mainar A, Fernández A, Tobio R, De Gregorio MA.: *New procedure for the treatment of colorectal neoplastic obstructions. DIS COLON RECTUM. 1994; 37:1158-1159*).

Hacia finales del 94 y con 10 pacientes tratados con éxito, decidieron proponer un estudio multicéntrico coordinado desde este hospital, que ya llamaban Hospital General de Soria, conjuntamente con el Dr. De Gregorio Ariza (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza) y Dr. Tobio Calo (Hospital Universitario de Getafe, Madrid). Este grupo de trabajo cuenta con la mayor experiencia a nivel mundial a día de hoy y con la serie publicada más larga.

En 1995 lo presentaron en la Louisiana State University de New Orleans donde tuvo una excelente acogida y respaldo, lo que les animó a seguir en esa línea de investigación.

En 1996 se consigue publicar en la revista más prestigiosa a nivel mundial de Radiología (Mainar A et al: *Colorectal Obstruction: Treatment With Metallic Stents. Radiology, Volumen 198:761-764. 1996*) y sale como capítulo de un libro en EE.UU (Mainar A et al: *Use Of Metallic Stents for the Treatment of the Colorectal obstructions en Interventional Radiology. De Castañeda-Zuñiga y Tadavarty. Editorial Williams And Wilkins Tercera edición. 1996*).

Tanto el Dr. Tejero como el Dr. Mainar han publicado un buen número de trabajos sobre el tema en revistas Internacionales.

De los tímidos y arriesgados casos del comienzo donde tenían puestas detrás de ellos las miradas escépticas de muchos compañeros y la amenaza de la administración, se ha pasado a que ésta aplicación de los stents esté ofertada en la cartera de servicios de radiología intervencionista en un gran número de hospitales de amplia distribución mundial (más de mil). Naturalmente, el espaldarazo definitivo vino de la mano de la F.D.A. en EE.UU. cuando aprobó (con los datos que les envió el Dr. Mainar desde Soria) los Wallstents(R) de la firma comercial Schneider / U.S.A. aunque

para entonces ya habían sido tratados con este sistema en Europa más de 300 pacientes, la mayoría de ellos en España, un buen número de ellos pertenecientes al grupo de trabajo inicial.

En el 2002 se publica un Meta-Análisis (Khot UP et al: Systematic review of the efficacy and safety of colorectal stents. *British Journal of Surgery* 2002, 89:1096-1102), en el que se pone de manifiesto que existe EVIDENCIA CLINICA del éxito de la implantación de stent para resolver la oclusión intestinal.

A día de hoy (2011) podemos afirmar que existen cerca de 800 publicaciones científicas sobre el tema, y unas 2100 comunicaciones en congresos.

Tanto Eloy Tejero como Antonio Mainar han explicado este nuevo procedimiento de Radiología Intervencionista en multitud de foros Nacionales e Internacionales, y es un orgullo para nuestra medicina soriana que esta técnica surgiera entre las paredes de nuestro Hospital.

La Huelga de Médicos de 1995

El día 8 de mayo de 1995, se inicia la mayor huelga de médicos que ha sufrido Soria en su historia. Los médicos se unen a la Huelga Nacional convocada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (C.E.S.M.) para solicitar al Gobierno de la Nación:

- Normalización Salarial
- Estabilidad laboral.
- Guardias Médicas financiadas de acuerdo a criterios realistas
- Póliza de Responsabilidad Civil
- Carrera Profesional.
- Formación Continuada.

Los médicos sorianos se adhieren a sus compañeros a nivel nacional en un porcentaje superior al 92% y con una organización interna dentro del hospital coordinada con el Comité de Huelga Nacional.

Fueron unos días duros desde el punto de vista de los pacientes, usuarios y de los médicos aunque los servicios mínimos fueron amplios y generosos.

La movilización tuvo su respuesta y se consiguió una adecuación retributiva, el seguro de responsabilidad civil, la estabilidad en el empleo, libre elección de médico especialista y avances en la adecuación de la Atención Continuada (Guardias) y de la organización hospitalaria.

Los usuarios recibieron en todo momento una información actualizada.

Los Medios de Comunicación Social

Los medios de comunicación social de Soria, siempre han realizado un seguimiento y marcaje a todo aquello que se desarrollaba entre los muros hospitalarios. Sus críticas, muchas veces acertadas y en algunas otras erróneas por falta de datos objetivos, han tenido gran importancia en el desarrollo laboral, social y de infraestructuras. Ha habido ocasiones puntuales en que un editorial, en tiempo y forma, ha sido de gran valor para la atención hospitalaria. Recuerdo, como ejemplo de cómo la prensa puede colaborar en la Educación Sanitaria y con las instituciones promotoras de salud, los que realizó el periódico Heraldo de Soria en los veranos de 1997, 1998, 2000 y 2001, coincidiendo con la semana de la Virgen de Agosto, con objeto de hacer un uso racional de los servicios de Urgencia Hospitalaria, dada la masificación injustificada que todos los años se daba en esas fechas.

El Cambio de Incidencia de las Enfermedades Graves más Prevalentes

Uno de los hechos más llamativos que observaron los facultativos que llegaron en 1980 a Soria fue la marcada incidencia de una serie de tumores, quistes y lesiones y por el contrario, la baja incidencia de otros.

Era sorprendente desde el punto de vista epidemiológico. De cada 4 biopsias endoscópicas gástricas, una correspondía a un cáncer gástrico, fundamentalmente de patrón intestinal. No era

normal. Por otro lado y a través de los datos del Registro Civil, podíamos ver también como 1 de cada 5 fallecimientos correspondía también a esta enfermedad neoplásica. No era tampoco normal. Todas las semanas llegaban al Servicio de Anatomía Patológica 1 o 2 estómagos con cáncer. (Ver cuadros de incidencia de cáncer 1980-2010 -web FCCR-). Afortunadamente hoy, la incidencia ha bajado de forma significativa hasta reducirse a menos de una cuarta parte de las tasas de aquellas fechas.

También era sorprendente, aunque condicionara menor mortalidad, las elevadas tasas de incidencia de *Equinococosis* (quistes hidatídicos) que se diagnosticaron aquí en los primeros años. Prácticamente, todas las semanas, se intervenían 1/2 quistes hidatídicos fundamentalmente hepáticos, aunque también, cuando se hacía cirugía torácica –primeros años ochenta–, se extirparon algunos pulmonares. Realmente la educación sanitaria y la medicina preventiva han sido determinantes para reducir sus tasas, hoy en día, a la mínima expresión. Pensemos que en los libros de Patología americanos se contempla como patología rara e incluso excepcional.

Sin embargo, había un tipo de tumor en el que teníamos las menores tasas internacionales. El cáncer de cuello uterino. Dado que esta neoplasia va ligada a la promiscuidad sexual, se decía entonces en Soria, que tener una relación extramatrimonial “no era pecado; era un milagro”, dadas las connotaciones sociales de nuestra sociedad soriana en aquellos principios de los 80s. Después, las cosas han cambiado mucho y somos internacionales en tasas de incidencia. Por ello, algunos años después intervino en este tema el Dr. Campos Bueno para realizar una medicina preventiva en los centros nocturnos que se establecieron.

Al mismo tiempo podíamos comprobar cómo también eran bajas, con relación a las tasas nacionales, las tasas de pulmón, mientras que las de mama, colon, próstata y vejiga eran semejantes a las tasas de los registros de cáncer existentes en esas fechas: Zaragoza, Tarragona, Mallorca, Granada y Gerona.

El Efecto 2000

El tránsito del año 1999 al 2000 supuso una situación de estrés informático y personal para toda la administración española, así como para el resto de instituciones privadas y de carácter personal que dependían de la informática. ¿Se alterarían los ordenadores con el dígito ¿2?; ¿qué fecha marcarían el 1 de Enero del 2000?; ¿se desprogramarían las redes y todos los dispositivos dependientes de ellas?

La tensión se vivía en el ambiente de esa Nochevieja del 1999 en que se desconocía si iban a darse las 12 campanadas o si la técnica iba a dar la campanada, dejando inservible toda la red.

Hubo una primera satisfacción cuando desde Australia se informaba al mundo entero, 12 horas antes, que todo estaba funcionando sin problemas. El cava se trasvasó a las copas cuando se vio que en la sanidad de Soria todo marchaba, que las luces seguían iluminando los pasillos y también la plaza de Mariano Granados. Los ordenadores marcaban ya la fecha de 1 de Enero de 2000, sin ninguna alteración. Más de 2 años llevaba la administración española con un plan específico coordinado con las redes internacionales.

La nueva Unidad de Diálisis

El colectivo de enfermos renales es una las compañías hospitalarias más permanentes. Por las especiales características de estos pacientes, precisan permanecer media jornada durante tres días a la semana, bien de tarde, de mañana e incluso hasta el año 2000 –con la nueva Unidad- por la noche, ya que por su número y falta de espacio, no existía posibilidad de atención durante el día.

Se pensó en crear una nueva Unidad mayor en el Hospital Institucional –hoy Virgen del Mirón- para poder atenderlos adecuadamente en tiempo, forma y espacio y posibilitar que se pudiera atender en los meses de verano a los veraneantes que precisaran diálisis. La negativa de un responsable sanitario de entonces, impidió esta transformación, perdiéndose un tiempo que hubo que recuperar para realizar una nueva Unidad en lo que había sido hasta entonces la planta 1^a de Pediatría. Permitted y

permite en la actualidad, aunque todo es mejorable y hay que seguir mejorando –como señalaba el Presidente de Alcer-Soria– la atención en jornada diurna de todos los enfermos que controla la Unidad.

Hay que resaltar que para su inauguración, el día 29 de Noviembre de 2000, se contaba con la presencia de la Ministra de Sanidad y Consumo, Dña. Celia Villalobos, quien disculpó su presencia 24 horas antes, cuando la placa conmemorativa de preciosa cerámica, realizada con tierra de Soria y que generosamente había realizado y donado el Dr. Miguel Angel Rodríguez Marcos - facultativo del Servicio de Urgencias, entonces- ya no podía modificarse. Cerámica que muestra una ventana a la esperanza mirando hacia el “Pico Frentes” en Fuentetoba.

Recientemente falleció (agosto 2010) quien fuera el mayor defensor de los enfermos renales y en general de todos los enfermos sorianos a través de ALCER-Soria: José Antonio García Romero, y al que la sociedad soriana deberá agradecerle eternamente su dedicación al enfermo.

Accidentes y Asistencia Sanitaria Hospitalaria

A lo largo y ancho de estos 30 años de vida el Hospital Santa Bárbara ha tenido que vivir las desgracias que han acompañado a muchos accidentes en la provincia, tanto de tráfico como provocados por otras circunstancias. Haré especial referencia al ocurrido el día 6 de Julio de 2000 por ser el de mayor número de víctimas, la mayoría infantiles y por sus connotaciones sociales. Ha habido otros sin víctimas como el de ferrocarril en la única línea existente que conecta Soria con Madrid con la muerte, no de personas, sino, de numerosas ovejas en Tardelcuende, hace ahora unos años. Hubo graves accidentes de automóvil con muchas víctimas mortales –también- como un choque frontal en la variante de Almazán, a los pocos meses de su inauguración. Algún otro incluso de avionetas y sobre todo numerosos provocados por la invasión de animales en las carreteras, con víctimas mortales y heridos en muchos casos. Sin embargo, debo recordar con especial tristeza aunque al mismo tiempo con la satisfacción del tratamiento dispensado a los heridos, los siguientes:

2 de Enero de 1987: accidente de autobús en la variante Norte, junto a Cadosa, con 4 muertos y 22 heridos.

7 de Diciembre de 1989: se derrumba parcialmente un edificio en la Travesía de Teatinos con 2 muertos, 3 heridos graves y 5 leves.

1 de Marzo de 1997: Crímenes de Matalebreras con 3 muertos y 2 heridos, uno de ellos muy grave.

16 de Julio de 2000: Atentado de ETA en Ágreda con 1 herida grave.

Verano del 2004: Incendio en la Residencia de Ancianos “Fuente del Rey”, cercana al Hospital, con evacuación inmediata de los asistidos y aquellos válidos que lo requirieron en las habitaciones, que se habilitaron para ellos en el Hospital Santa Bárbara.

ACCIDENTE DE AUTOBÚS DE GOLMAYO: 6 de Julio de 2000

El día 6 de Julio de 2000, es uno de los días más tristes de la existencia de la residencia/ Hospital. Alrededor de las 16,00 horas y en el término de Golmayo, a dos kilómetros de la capital, un autobús chocaba violentamente contra un camión cargado de cerdos proveniente de Segovia. El autobús se dirigía a Aranda de Duero. En el choque fallecieron 27 personas de las que 26 correspondían al autobús escolar y la otra era el conductor del camión de ganado.

La reacción de la población de Soria y especialmente del personal sanitario fue inmediata acudiendo numerosos voluntarios de todos los estamentos.

Los fallecidos fueron llevados al Campo de Fútbol de Los Pajaritos donde se estableció el duelo y donde médicos, psicólogos, enfermeros/as, asistentes sociales y diferentes profesiones sanitarias tituladas y no tituladas así como población en general atendieron con especial celo a compañeros y familiares de los accidentados, de lo que dieron especial información los medios de comunicación locales, regionales, nacionales y extranjeros. Sin embargo, debo ceñirme a lo que ocurría bajo los techos hospitalarios.

Tras el primer impacto solventado impecablemente por el equipo de guardia de ese día, la primera decisión que se toma es

habilitar la 4ª planta B, para atender a todos los heridos que iban llegando al Hospital. Se presentó voluntariamente todo el personal que en ese momento libraba. Las donaciones de sangre cubrieron las necesidades en menos de una hora, teniendo que rechazar numerosas donaciones.

A media tarde llegaba al Hospital la Ministra de Sanidad, Celia Villalobos, mientras otras autoridades nacionales y regionales acudían a consolar a los familiares al Campo de los Pajaritos. La coordinación en el Hospital fue perfecta en todo momento. El Dr. Luis de la Merced, junto al Director del INSALUD –Dr. Ruiz Liso– atendía personalmente a los padres y familiares que llegaban, goteando desde Cataluña, para saber si sus hijos estaban ingresados o estaban entre los fallecidos. 18 escolares habían sido atendidos o estaban siendo intervenidos quirúrgicamente. Aquella noche del 6 al 7 de Julio fallecieron otros dos, mientras eran operados.

La dureza de la noche fue consultar cada pocos minutos la lista de heridos y fallecidos para informar según llegaban los padres y familiares y que hasta ese momento desconocían la realidad de la gravedad o defunción de sus allegados. El Dr. Ruiz Liso y el Dr. Luis de la Merced lo recuerdan como una de las peores noches de su vida cuando tenían que decir –cuando llegaban en sus vehículos particulares y taxis– a algún padre/madre/familiar que su hijo/a había fallecido o en el mejor de los casos que estaba herido.

Incluso un padre llegaba en el momento en que su hija acababa de fallecer. Fue la noche más dura que han vivido las paredes del Hospital. La respuesta de todo el personal en servicio y de libres fue ejemplar en todo momento.

Al amanecer y mientras se preparaban las exequias en Los Pajaritos, se esperaba la visita de la Reina Doña Sofía y del Presidente de la Generalitat, Honorable Jordi Pujol que vinieron acompañados de numeroso séquito tanto de la Casa Real –Duques de Soria– como Consejeros de la Generalitat. A ellos se habían unido los Ministros sorianos Posada y Lucas que habían permanecido por la tarde y noche en Los Pajaritos.

Para Carlos de la Casa que hacía dos días que había tomado posesión como Subdelegado del Gobierno, no podía haberle dado el destino peor comienzo.

7 de Julio de 2000: Las Lágrimas de la Reina

La Reina Doña Sofía llegó a media mañana y quiso visitar uno por uno a todos los heridos ingresados. Con las debidas medidas de seguridad que se habían establecido la tarde anterior, fue dialogando uno a uno con todos ellos/as por todas las habitaciones. Previamente los había visitado también individualmente el Presidente Pujol al que acompañaba el Presidente Lucas. La Reina tras visitar dos o tres habitaciones, con los ojos empañados de lágrimas, le decía al Dr. Ruiz Liso: “espacio Director, espacio”. La realidad era muy dura y la Reina es un ser humano. Tras visitar a los heridos de la planta 4ª, quiso visitar también a los que se encontraban en la U.C.I., en contra de sus asesores que consideraban que no era prudente esa visita por los accidentados y por ella. Allí, de nuevo “vimos todos llorar a una Reina” y a duras penas pudo soportar, con la dignidad que le caracteriza, el dramatismo de esos momentos.

Más no todo fue dramático.

Mejor Imposible

Al terminar las visitas institucionales, y en la puerta principal, del Hospital/Residencia Santa Bárbara, cuando el Presidente Jordi Pujol se despedía del personal y autoridades regionales y nacionales, le dijo al Dr. J.M. Ruiz Liso –quien suscribe–, en calidad de responsable provincial del Insalud en ese momento y agradeciendo la asistencia prestada a los accidentados:

¡Director!. En Cataluña lo habríamos podido hacer igual, pero.... ¡Es difícil hacerlo mejor!

Fue el mejor aprecio hacia los trabajadores del Hospital que se pudo realizar por el Presidente de la Generalitat de Cataluña.

Las Transferencias Sanitarias

El 1 de Enero de 2002 se realizan las transferencias sanitarias, por las que pasó de pertenecer a la Administración Central

(INSALUD) a una nueva organización de la Junta de Castilla y León creada específicamente para ello. El SACYL. –Sanidad de Castilla y León–. A partir de entonces infraestructuras y personal pasaron a depender orgánica y funcionalmente de la Comunidad Autónoma.

En marzo de 2003 se completan con la realización del Complejo Hospitalario de Soria formado por el hermano mayor, el Hospital Virgen del Mirón y el menor, Santa Bárbara. Es a partir del 1 de Enero de 2004 cuando se concreta de forma global, el funcionamiento de los dos como una única entidad médico-administrativa.

HÁBITOS SOCIALES DE LA POBLACIÓN DE SORIA AÑO 2003-2005

Incluimos en este capítulo una visión amplia de los hábitos y tendencias sociales y sanitarias de los hombres y mujeres de Soria en los inicios del siglo XXI extrapolándolos de nuestro trabajo publicado por la FCCR “*Salud y Estilo de Vida de los sorianos en el siglo XXI*” y que muestran el perfil de esta provincia para valorar mejor sus enfermedades y dolencias, y que recomendamos interpretar fácilmente a través de los cuadros resumen que lo acompañan (ver página web).

ESTADO SUBJETIVO DE SALUD

El 9,7% de los sorianos (16,1% de 18-44 años) considera que tiene una excelente salud y el 58,5% buena. por el contrario tan solo el 1,6% la considera mala o muy mala.

NÚMERO DE HIJOS

El 27,3 % de los ciudadanos sorianos mayores de 18 años confiesa no tener hijos, y el 34% dos hijos. Tan solo un 2,8% de los sorianos dice tener 5 hijos o más. Con 4 hijos el 6,5% y con 3 el 14,9%; el segmento mayor que no tiene hijos es por supuesto el de 18-44 años con un 53,2% del total poblacional.

RESIDENCIA

El 48,8% de los sorianos afirma vivir en Soria capital y el 15,3% en poblaciones menores de 100 habitantes.

TABACO

El 84,4% de los sorianos o no fuma o lo hace esporádicamente, siendo más frecuente hacerlo en el intervalo de 18-44 años en que fuma el 32,3% mientras que en los mayores de 65 años tan solo lo hace el 2,1%.

Fuma el 15% de los casados, el 34,7% de los separados, el 24,8 de los solteros y el 4,7% de los viudos.

ALCOHOL

Tan solo bebe alcohol a diario el 12,8% de la población soriana, siendo el de mayor porcentaje el grupo de 45-64 años que bebe el 15,7%. El 69,5% de los ciudadanos o no bebe o lo hace esporádicamente. El 14,8% lo hace solo en fines de semana.

DEPORTE

A diario tan solo hace deporte el 1,9% de los sorianos y es llamativo que el 65,9% afirme no hacerlo nunca. El 14,5% afirma hacerlo 2 veces por semana y 4 y más veces el 7,8%. Lo que es más significativo es que dentro del segmento de quienes no hacen nunca deporte haya un 54,4% del grupo etario entre 18-44 años.

CAMINAR: Sin embargo, el 76,0% de los sorianos confiesa que camina a diario.

ASOCIACIONISMO

Más del 50% de los sorianos están incluidos en alguna asociación, y en el grupo de más de 65 años lo hace el 83,9%, mientras que solo lo está el 19,9% entre 18 y 44 años.

HORAS DE SUEÑO

El 44,9% de los sorianos duerme a diario de 6-7 horas y un 37,3%, 8 horas. Frente al grupo de personas que duermen menos de 5 horas –6,7%– hay un 3% de sorianos mayores de 18 años que duermen más de 10 horas.

M.C.S.

TV: El consumo de TV en nuestros hogares es muy elevado ya que más del 50% dice verla de 3-6 horas, con un mayor rango entre los mayores de 65 años en que ven tantas horas un 64,6%. El porcentaje de personas que no ve nunca la TV es constante en todas las franjas etarias de un 5%. También es de resaltar que un 3,6% ve la TV más de 7 horas y no solo en mayores de 65 años; también entre 45-64 años hay un 3,6%.

ALIMENTACIÓN

CONSUMO DE FRUTAS. Prácticamente el 90% de la población es consumidora de frutas con un consumo de 1-2 piezas/día el 39% y un importante 38,3% que toma 3-4 al día. Es el segmento de 45-64 años con un 45,2% de población quien más frutas consume (3-4 /día).

CONSUMO DE PESCADO: El 58,5% come pescado 3 o más veces por semana y nunca el 4,1%

CONSUMO DE CARNE: El 55,8 lo hace 3 y mas veces por semana y nunca el 4,8%.

CONSUMO DE HUEVOS: El 48,4% consume 1-2 huevos por semana y el 5,9% no come nunca.

CONSUMO DE LEGUMBRES: Un 81,7% toma 1-2 veces por semana y el 5,9% nunca

CONSUMO DE VERDURAS: El 54,1% come 3 y mas veces por semana y el 4,0% nunca.

CONSUMO DE HORTALIZAS: El 40,5% come 1-2 veces por semana y un 21,3% nunca

CONSUMO DE LÁCTEOS: El 88,3% toma lácteos a diario y un 4,3% nunca.

Podemos decir que en términos generales la actividad socio-familiar y alimenticia de los sorianos se encuentra de forma integral en unos márgenes saludables de acuerdo con estos datos.

APORTACIONES FINALES

Después de más de treinta años de convivir diariamente con las neoplasias malignas y en base a mi linaje soriano que se pierde en el siglo XVI, era, y es mi intención realizar un texto donde la historia comparada del cáncer y de otras enfermedades degenerativas y crónicas prevalentes sirviera como método de trabajo para conocerlas mejor, y muy substancialmente para que en base a los innumerables datos que aquí figuran se puedan establecer bases preventivas y predictivas en relación con estas enfermedades, sin olvidar el fin principal de mis trabajos que fue, es y será la “Educación para la Salud”, primordialmente en las jóvenes generaciones.

He querido incidir en algunas cuestiones que son esencialmente relevantes, unas positivas y otras negativas, fruto de mi experiencia oncológica laboral, social y personal que he tenido en la práctica médica. El hecho de que toda la información patológica de esta provincia drene en un solo servicio de Patología, Hematología, Microbiología, Radiodiagnóstico, así como de unidades integradas médico-quirúrgicas y por tanto en un único archivo documentado de diagnóstico, da una fiabilidad y precisión difícil de conseguir en otras regiones o provincias. Esa centralización que condiciona una provincia menor de 100.000 habitantes, así lo permite.

Quizás, no obstante, sea importante señalar un hecho negativo en la información estatal que se publica y es que de acuerdo con nuestros datos y tasas que exponemos, los que transmite el I.N.E. y muestran oficialmente como Mortalidad por Cáncer en España y en concreto, en Soria, no se ajustan a la realidad. Podemos comprobar cómo los órganos tributarios de localizaciones metastásicas presentan mayores tasas de mortalidad que de incidencia en todo el periodo que hemos estudiado. *En ninguna guerra puede haber un número mayor de muertes en la batalla que de guerreros participantes. Y las cifras que obtuvimos en 1985 y obtenemos ahora son escandalosas.*

Desde que en 1871 se estableciera el Registro Civil en España, no es hasta 1950 en que las causas de mortalidad figuran como datos referidos en el Instituto Nacional de Estadística (INE) a tra-

vés de los boletines estadísticos de defunción que como certificados de defunción son exigidos para el entierro de cualquier ciudadano en este país. Su confección a través, primero, de los llamados médicos de cabecera, y en la actualidad a través de su médico de atención primaria o bien el último médico especialista que atendió la enfermedad, responsable teórico de su “exitus” –muerte– hemos comprobado que mantiene numerosos errores, figurando como enfermedad fundamental subsidiaria en muchos casos de esa muerte, un tumor que no es primario de esa localización, sino metastásico. Esto ha sido factible comprobarlo debido al hecho de que los registros civiles -al menos los de Soria- comunican periódicamente a las Gerencias de Salud provinciales o de área, los nombres de los fallecidos en el mes o trimestre anterior, al objeto de darles de baja en la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) que tiene cada ciudadano. Cuando se estudian ese millar de fallecidos anuales en Soria y se cotejan con las cifras oficiales que aporta el INE, se aprecia ese elevado porcentaje de fallecimientos por cáncer de hígado, pulmón, esófago o de cerebro que en realidad son metástasis primitivas de otros localizados en órganos diferentes. Sería muy importante que hubiera un cotejo y validación de estos diagnósticos en cada provincia a través de un médico especialista y en concreto, un patólogo, sería el idóneo. La valoración y objetivación de estos datos marcaría el perfil exacto de la enfermedad en España y en concreto de la neoplásica, y además con un coste-eficacia muy elevado. La realidad es que la complejidad de los certificados actuales favorece esa dispersión que, curiosamente, no tiene sesgos cuando de valorar la totalidad de muertes por neoplasia se trata con porcentajes de validación superiores en la última década al 95%.

A nivel de localizaciones individuales, hay también un hecho que en la última década del siglo XX ha condicionado un aumento de tasas neoplásicas de la glándula prostática. El hallazgo del PSA (antígeno prostático específico) como “indicador” no selectivo de proliferación celular en la próstata ha promovido –en la actualidad– su solicitud como determinación analítica de rutina en los exámenes bioquímicos a nivel ambulatorio. Ello ha derivado en un número muy elevado de hombres con cifras elevadas de este antígeno que a su vez han condicionado la práctica de biopsias trans-rectales/perineales (*trp*) en la mayoría de ellos. De tal

forma, que aunque según nuestros estudios tan solo algo más de la mitad de los pacientes con cifras elevadas presentaban histológicamente un carcinoma, las tasas de estos se han multiplicado. Estamos ante un fenómeno en que la bioestadística y la biotecnología no se hermanan. Muchos de los que en los últimos años se han diagnosticado, hubieran permanecido silentes, como lo eran en décadas anteriores, sin haber condicionado morbilidad para los pacientes. La mayor esperanza de vida de los sorianos y las biopsias *trp* por elevación de PSA han provocado una “multiplicación estadística de tasas” que sin embargo, sin la biotecnología actual nunca habrían alcanzado estos valores. ¿Cuántos carcinomas de próstata silentes hemos hallado los patólogos en la sala de autopsias sin haber manifestado clínica alguna?. Sin desconsiderar la alimentación, la raza, la obesidad y otros factores, consideramos que los responsables ciertos del aumento de la incidencia del cáncer de próstata son la edad y el número de biopsias realizadas (en relación con las determinaciones del PSA, tanto en atención primaria como en especializada, así como de los criterios en la práctica de la biopsia trans-rectal). Debemos plantearnos si realmente se ha infradiagnosticado esta neoplasia en nuestro país o simplemente se trata de un problema de recogida de datos. En todo caso, insistimos en que se deben mejorar los registros de cáncer en todo el Estado español ya que esa es la única forma de conocer realmente la entidad del problema de salud al que nos enfrentamos.

En el caso del cáncer de mama en la mujer soriana, es significativa la estabilización de tasas en las últimas décadas y especialmente es muy grato ver como la mortalidad por esta neoplasia ha bajado a cotas prácticamente de cronificación de la enfermedad. Por otro lado, a través de los hallazgos que exponemos, certificamos de alguna forma la importancia de la prevención en los exámenes periódicos. El hecho de que en 20 años el diámetro tumoral medio de estos tumores se haya reducido a la tercera parte, lo dice todo. Hemos pasado de los años 80s del siglo pasado en que las masas neoplásicas de las mamas tumorales alcanzaban 20 y 30 cm., incluso, de diámetro mayor, al final de la primera década del siglo XXI, en que ya es una excepción el encontrar tumores mayores de 3 o 4 cm. de diámetro.

Los melanomas son otro tipo de neoplasias que merecen hacerles una distinción, también, en esta discusión, y es que como pueden observar en las tablas y tasas que acompaño en el libro, se ha dado un hecho “manifiestamente empeorable” de nuestro estilo de vida. Los rayos solares y ultravioletas han condicionado una elevación de casos y tasas en la población femenina soriana, aunque afortunadamente y también gracias a la medicina preventiva y a la información sanitaria, los estadíos en el momento de su diagnóstico son favorables y por tanto la mortalidad es baja.

La importancia que ha alcanzado el cáncer de colon y recto en nuestra sociedad y su relación con las lesiones polipoides, especialmente con la poliposis familiar, nos ha hecho también evaluar por grupos etarios la incidencia de los pólipos intestinales en los últimos años de esta década. Hay semanas en el año 2010-2011 en que hemos llegado a recibir 3 y 4 segmentos intestinales tumorales para su estudio histopatológico.

Hemos considerado también de gran interés incluir datos demográficos y sociales de los sorianos, estos últimos extraídos de nuestro reciente estudio “*Salud y estilo de vida de los sorianos en el siglo XXI*” editado también por la FCCR y que pueden descargarse de la web (www.fundacioncajarural.es/publicaciones).

La hidatidosis, sin ser una neoplasia maligna fue otro proceso médico-quirúrgico que también tuvo, a lo largo de todo el siglo XX, una incidencia elevada, casi tanto como el cáncer gástrico y con una mortalidad también muy alta. En los años 70 y 80 figuraba en los libros de patología en lengua inglesa como una rareza y en muchos, ni siquiera figuraba. Fueron las medidas preventivas y de educación para la salud las que también condicionaron que hoy sea prácticamente una enfermedad transmisible prácticamente erradicada y de la que no hemos visto nuevos casos en los últimos años.

Señalar también nuestra preocupación porque la inmigración que ha llegado a nuestra provincia, y que supone cerca del 11% de la población de Soria –quizás la sobrepase cuando se edite este texto–, no adopte los patrones dietéticos de la *Dieta y Cultura Mediterránea*, especialmente los más jóvenes.

En cuanto a las previsiones que la *Agencia Europea para el estudio epidemiológico del Cáncer* hizo para España para el año 2015 (Globocan 2002 www.dep-iarc.fr) extrapoladas a nuestra provincia, no podemos identificarnos con las mismas, ni siquiera con el factor corrector etario que hemos incluido. Sus previsiones son muy inferiores a las que nosotros prevemos en base a la tendencia neoplásica analizada desde 1981. Próstata, Vejiga e Intestino Grueso serán los tumores más incidentes en los hombres, mientras que en la mujer soriana serán los tumores de mama y, a gran distancia en sus tasas de incidencia, los de intestino grueso y ginecológicos. Tampoco consideramos que las tasas de cáncer de pulmón en la mujer soriana se eleven, tal y como diferentes estudios prevén; antes bien, se mantendrán e incluso mostrarán una tendencia a la baja.

Es muy importante conocer que aproximadamente entre un 5% y un 10% de los cánceres de mama y ovario diagnosticados y un 2% y 5% en el caso del cáncer colorectal se asocian con la herencia de mutaciones genéticas, que condicionan un riesgo elevado de desarrollar la enfermedad neoplásica. El estudio genético permite, además de los factores estimados de riesgo en cada persona para el desarrollo tumoral, establecer un riesgo estimado de desarrollo de estas neoplasias, lo que posibilita intervenir precozmente en la prevención, diagnóstico precoz y asesoramiento a estos grupos familiares –susceptibles– con historia familiar de cáncer.

Los datos de mortalidad por enfermedades neurodegenerativas, especialmente en la mujer y las elevadas tasas de incidencia y prevalencia de diabetes en ambos sexos, mayores en el sexo femenino. también se objetivan en nuestro estudio.

Sin embargo, los datos que aportamos en relación con los fenómenos isquémicos cardiacos, nos hacen concebir grandes esperanzas tanto en la reducción de incidencia como de mortalidad, en base a las últimas generaciones de fármacos inhibidores y de los avances de la hemodinámica y cirugía cardiovascular no intervencionista. Los gráficos que incluimos en el libro en relación con los primeros años de este siglo, son determinantes.

Por último, aunque personalmente la considero la más importante y primera causa y factor de riesgo medio-ambiental de

muchas neoplasias y enfermedades crónicas y degenerativas -diabetes, Alzheimer, cardiocirculatorias-, la **alimentación** ha sido, es y será un factor determinante en las tendencias evolutivas del cáncer y enfermedades prevalentes en Soria. Pasaron las épocas en que el cáncer de estómago condicionaba la tercera parte de la mortalidad neoplásica en Soria. Los ahumados, salazones y productos en adobo con productos escasamente conservados en “fresqueras” al aire libre, sin apoyo nutricional de frutas, verduras y hortalizas, ni pescado, con refritos de las grasas de cocinado, hizo que Soria tuviera una “epidemia de cáncer gástrico” a lo largo de prácticamente todo el siglo XX y así se señalaba en los estudios internacionales. Hoy y desde los años 80s del pasado siglo, los frigoríficos permiten que hasta el pueblo más alejado de la provincia disponga de productos frescos para su consumo diario. En la actualidad nos preocupan más las dietas bajas en fibra y ricas en grasas saturadas que condicionan lesiones neoplásicas digestivas, ginecológicas, prostáticas y un largo etcétera, lesiones cardiovasculares –muchas veces irreversibles–, neurodegenerativas, diabetes, etc...

Es preciso dar a conocer que según los datos del INE para 2008, las tres principales causas de mortalidad en España, por grandes grupos, fueron las **enfermedades cardiovasculares (31,7% del total de defunciones)**, las **neoplasias malignas (26,9%)** y las **enfermedades del aparato respiratorio (11,4%)**.

El 16 de Noviembre de 2010, la **UNESCO** aprobó la incorporación de la **DIETA MEDITERRÁNEA (DM)** al **PATRIMONIO CULTURAL INMATERIAL DE LA HUMANIDAD**, de lo que por nuestra contribución institucional y personal nos sentimos muy orgullosos. Soria de acuerdo con la **web** de la UNESCO ha pasado a ser **COMUNIDAD EMBLEMÁTICA de la D.M.** como representante de España junto con **Cilento en Italia, Koroni en Grecia y Chefchaouen en Marruecos. Más de 200 asociaciones y entidades provinciales sorianas firmaron el manifiesto de apoyo a su incorporación y así consta en dicha web.**

CONCLUSIONES.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

De acuerdo con los datos, tasas, tablas y gráficos que hemos estudiado, podemos prever algunas tendencias para el próximo decenio si no cambia la estructura etaria de la población soriana. El envejecimiento poblacional, la dispersión geográfica, el reagrupamiento poblacional en el medio urbano del sector agrícola provincial preservando en el rural el ganadero, la alimentación actual, el medio ambiente sostenido, hábitos y costumbres tradicionales etc... nos permiten sacar estas conclusiones:

A.-1- INCIDENCIA NEOPLÁSICA

- 1.-Tendencia progresivamente creciente de las tasas globales de incidencia de cáncer en ambos sexos.
- 2.-**Estabilidad** en las tasas de incidencia de los tumores del árbol respiratorio en el hombre (laringe y pulmón).
- 3.-Tendencia **estable** de los tumores de pulmón en la mujer soriana.
- 4.-Tendencia progresivamente creciente de los tumores orales en ambos sexos.
- 5.-Tendencia progresivamente decreciente de los tumores de estómago en ambos sexos.
- 6.-Tendencia progresivamente creciente en las tasas de incidencia de los tumores de intestino grueso.
- 7.-Tendencia **estable** de las tasas de incidencia de cáncer de mama en la mujer con mínima tendencia al alza.
- 8.-Tendencia progresivamente creciente de los tumores de cuello uterino, -mujer inmigrante- En principio no invasivos, gracias a las campañas de prevención ginecológica.
- 9.-**Estabilidad** en las tasas de cáncer de endometrio y tendencia creciente dentro de la estabilidad de los de Ovario
- 10.-Tendencia progresivamente creciente del cáncer de próstata.
- 11.-Tendencia progresivamente creciente del cáncer de vejiga en los hombres con estabilidad mínimamente creciente en la mujer.
- 12.-Tendencia progresivamente creciente del cáncer de tiroides en la mujer.
- 13.-**Estabilidad** en las tasas de incidencia de los tumores hematológicos.

- 14.-Tendencia progresivamente creciente de los tumores cutáneos en general y en ambos sexos.
- 15.-Tendencia progresivamente creciente de la incidencia de melanomas en ambos sexos.
- 16.-Serán los tumores de vejiga y próstata en el hombre soriano los de mayor incidencia en los varones, si exceptuamos los de piel.
- 17.-Los tumores de mama en la mujer serán, igualmente, los de mayor incidencia exceptuando los cutáneos.
- 18.-La razón intersexos de los tumores incidentes sorianos seguirá teniendo un patrón predominantemente masculino. H/M = 1,4.
- 19.-La distribución de los tumores en el medio urbano y rural tenderá a igualarse en el cómputo global neoplásico.
- 20.-Seguirán siendo las décadas de 60-69 años en ambos sexos las de mayor incidencia neoplásica con tendencia a edades más seniles y envejecimiento de la población neoplásica.

A.-2- INCIDENCIA DE OTRAS ENFERMEDADES

Carácter emergente de la Diabetes Mellitus en ambos sexos.

Carácter emergente de las enfermedades neurodegenerativas en ambos sexos y con mayor prevalencia en la mujer soriana.

Estabilidad en la incidencia de lesiones **isquémicas cardíacas**.

Estabilidad de las tasas de los **procesos infecciosos**, con control de SIDA y dudas sobre nuevos brotes de **Tuberculosis**.

Presencia de nuevas entidades ligadas al mal llamado desarrollo y medioambiente: **Obesidad** fundamentalmente.

B.- 1.- MORTALIDAD POR CÁNCER

- 1.-La **mortalidad neoplásica seguirá creciendo** en nuestra provincia en ambos sexos con desproporción intersexos de H/M= 1,5.
- 2.-El cáncer de pulmón será la neoplasia con mayor mortalidad en los hombres, aunque las neoplasias de colon y recto alcanzarán tasas próximas a las máximas.
- 3.-El **cáncer de mama ha pasado y pasará en mortalidad al 2º lugar** en frecuencia detrás del cáncer de colon y recto, en el sexo femenino.
- 4.-La **mortalidad por cáncer gástrico seguirá en descenso**.
- 5.-Los **tumores cutáneos** –no melanomas- serán como hasta ahora los que condicionarán una **menor mortalidad** en nuestra provincia.

- 6.-La **mortalidad por cáncer de pulmón femenino** experimentará un discreto crecimiento.
- 7.-Son los **tumores de colon y recto** los que alcanzarán los primeros lugares en mortalidad neoplásica en nuestra provincia tal y como ya sucede en 2008 en el sexo femenino
- 8.-**El cáncer de Ovario** mantiene unas perspectivas de **mortalidad elevadas** y más aún en grupos etarios de 40-49 y 50-59 años.
- 9.-**Es prioritaria una metódica más objetiva en la confección de los certificados y boletines estadísticos de defunción.**

B.- 2.- MORTALIDAD POR OTRAS CAUSAS

- 1.-Significativo **descenso** en las tasas de mortalidad por enfermedades **cardiocirculatorias**.
- 2.-**Aumento marcado** de la mortalidad por enfermedades **neurodegenerativas**, especialmente por enfermedad de Alzheimer en la mujer soriana.
- 3.-**Aumento discreto** de la mortalidad por complicaciones de la **Diabetes**, especialmente en edades seniles y en el sexo femenino.
- 4.-**Estabilidad** y mantenimiento de las tasas de mortalidad por **patología infecciosa**.
- 5.-Mantenimiento **estable** de la mortalidad **perinatal**.
- 6.-Sin grandes variaciones en la mortalidad por los otros procesos no neoplásicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Se incluyen a nivel del libro HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA DE SORIA 1900-2010 dentro de la web www.fundacioncajarural.net, así como también la iconografía correspondiente que dada la extensión de este artículo no hemos querido introducir. Consultar tablas y gráficos.