

SEGUIMIENTO DEL MAPA DE ATENCION PRIMARIA DE ANDALUCIA (4.ª FASE)

Se tuvo ocasión de notificar en estas mismas páginas la institucionalización del Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (MAPA, en adelante, vid, REA, 10), eslabón fundamental de la Reforma Sanitaria devenida del sustancial cambio en la concepción de la salud y de su tratamiento (prevención de enfermedades –más que curación y promoción– de la salud).

Toca en esta ocasión notificar la situación actual del proceso de implantación territorial de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y su infraestructura física (consultorios asistenciales de varios niveles, centros de salud y centros de coordinación de distritos sanitarios), una vez cumplimentada la tercera fase a finales de 1989.

Para ello se adjunta composición cartográfica en la que se diferencian las realizaciones de cada una de las fases (según Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud) en las que se porcentúan las realizaciones del equipo más representativo de la Reforma –el Centro de Salud– de cada fase por provincia.

CUADRO I

SITUACION DE LOS CENTROS DE SALUD (ZONAS BASICAS DE SALUD) SEGUN FASES

	Construidos		Por construir	Total
	Z.B.S. 1.ª y 2.ª Fase (1985-1986)	3.ª Fase (1987-1989)	4.ª Fase (1990-1992)	
ALMERIA	2 (7,1%)	11 (39,3%)	15 (53,6%)	28
CADIZ	8 (16,7%)	8 (16,7%)	32 (66,6%)	48
CORDOBA	7 (20%)	7 (20%)	21 (60%)	35
GRANADA	13 (27,7%)	10 (21,3%)	24 (51%)	47
HUELVA	5 (18,5%)	4 (14,8%)	18 (66,7%)	27
JAEN	7 (20,6%)	13 (38,2%)	14 (41,2%)	34
MALAGA	15 (28,3%)	12 (22,6%)	26 (49,1%)	53
SEVILLA	13 (18%)	12 (16,7%)	47 (65,3%)	72
ANDALUCIA	70 (20,4%)	77 (22,4%)	197 (57,2%)	344 (100%)

Fuente: SAS y elaboración propia

Según informa el Cuadro I aún quedan por abrir 197 centros de salud, lo que viene a representar algo más del 57%, una vez finalizada la tercera fase con el año 1989. En este sentido, a pesar de la lentitud con que se contaba en este intento de dotación de infraestructuras y equipos sanitarios a escalones básicos e intermedios, cabe hacer una valoración positiva del ritmo con que ésta se lleva.

En la primera y segunda fase (años 1984-86) fueron 70 los centros abiertos (bien de nueva planta, bien aprovechando infraestructuras y medios preexistentes), lo que vino a significar un 20,4%. Destaca, en esta primera arranque (Mapa I), la atonía de la parte oriental de Andalucía (dos centros de salud en el Distrito Sanitario de Almería, y la total consolidación de los distritos sanitarios de Guadix, Las Alpujarras –en Granada– y los del Distrito del Nordeste –Jaén– junto a los de la Axarquía en Málaga).

Más pródiga fue la consolidación de los distritos de Sierra Morena (Sierra de Aracena, Sierra Norte de Sevilla, –más los centros de salud de Guillena y Santa Olalla de Cala englobados dentro del Distrito sanitario de Camas–, Valle de los Pedroches y uno de los tres centros de salud que componen el distrito de Andújar).

Asimismo, en una tónica de localización territorial eminentemente descentralizadora, se consolidaron las infraestructuras primarias de las zonas serranas de Cádiz y Ronda, sobre la Serranía rondeña. Sobre las subbéticas, el Distrito de Cabra en la provincia de Córdoba y uno de los centros de salud del distrito de Montilla. También ha de reseñarse la apertura de algunos centros aislados en zonas urbanas (Puerto de Santa María, Jerez, La Línea, San Fernando, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga, Estepona, Torremolinos, Dos Hermanas y Sevilla) que vinieron a señalar el principio de la reforma en estas áreas urbanas.

A resultas de la visualización de las estrategias de localización de los primeros equipos de atención primaria, queda manifiesta una clara política de cubrir con servicios e infraestructuras aquellas áreas peor dotadas sanitariamente y con mayores problemáticas socio-económicas. Es decir, una estrategia de implantación del nuevo modelo asistencial en aquellas áreas de más baja densidad y de mayores necesidades sociales. Son áreas geográficas que aparecen desde el punto de vista de otros indicadores infradotadas y con debilidad socio-económica manifiesta (envejecimiento de la población, continuo proceso de desertización demográfica, ínfima renta per cápita, enclavadas en cuanto a su accesibilidad, con escasa capacitación económica en general, etc...).

La tercera fase (1987-89) ha supuesto la creación de 77 nuevos centros de salud (un 22,4%), con unas localizaciones intersticiales en aquellas áreas geográficas periféricas (límites provinciales, preferentemente): el centro de salud de la comarca de los Vélez en Almería, el de Palma del Río y el de Montoro en Córdoba, los dos del distrito sanitario de Peñarroya, el de Huéscar, los de Loja y Alhama de Granada, los de Andévalo occidental, Valverde del Camino y Palma del Condado en Huelva, los de Ubeda, Linares, Alcalá la Real, Torredonjimeno, Archidona, Marbella, Alora, Fuengirola, etc...

Según denota el Mapa I, las zonas más desasistidas en cuanto a servicios y equipos que señala el nuevo modelo asistencial (atención primaria) se corresponden con los núcleos urbanos (las capitales de provincia, Jerez, Algeciras, La Línea, Linares...), más el Valle del Almanzora, el litoral de levante almeriense, gran parte de Cádiz y del Valle del Guadalquivir, Antequera y Baza en el Surco Intrabético, la costa onubense, etc... Representan las zonas de próxima actuación (inversión en infraestructuras y medios para la implantación de la Atención Primaria).

Los cambios de política sanitaria y la paralela construcción e implantación infraestructural de nuevos equipos asistenciales son procesos relativamente lentos. En cambio, las mutaciones de las pautas de percepción, de comportamiento y las líneas de movilidad de la población –sobre todo en aspectos de tal importancia social y económica como los referentes a la salud– son siempre lentos, generacionales. En este sentido, es necesario tener en cuenta las disfuncionalidades que se presenten en función a la desigual evolución del ritmo de implantación político-infraestructural en relación al ritmo de captación y utilización del nuevo modelo asistencial, basando en una concepción de la salud y de sus relaciones asistenciales aún no aprehendida por el conjunto social –y que requerirá esfuerzos sociales, económicos y culturales–.

Es por ello por lo que las pautas de movilidad en las próximas décadas van a estar claramente condicionadas, en cuanto a la satisfacción de unas de las necesidades básicas de la población, la salud, por la concreción de la estructura territorial del nuevo modelo asistencial (MAPA). Baste recordar que hasta la década de los 80 las infraestructuras y servicios sanitarios han carecido de racionalidad horizontal (distribución territorial) y también han escaseado de implementación vertical (integración de los diversos niveles asistenciales en la pirámide jerárquica de servicios e infraestructuras). Buen ejemplo de lo anterior es la nefasta utilización del ambulatorio –auténtica “isla asistencial”– tanto en el espacio como en la jerarquía administrativo-asistencial del antiguo modelo sanitario de la Seguridad Social, hoy en trance de sustitución.

A raíz de lo anteriormente expuesto, es necesario perfilar de la manera más rentable –social y económicamente hablando–, la concreción territorial (donde juega un papel fundamental los escalones básico e intermedio) y sectorial de uno de los servicios que cada día con más fuerza es utilizado como uno de los indicadores del nivel de desarrollo y de calidad de vida de las distintas sociedades.

ENRIQUE LÓPEZ LARA

Profesor Asociado de Análisis Geográfico Regional
Universidad de Sevilla