

ASISTENCIA SANITARIA EN ANDALUCIA: DE LA SITUACION ACTUAL A LA REFORMA

*Encarnación AGUILERA TIRADO**

1. INTRODUCCION

El objeto de este trabajo es un acercamiento a la realidad andaluza a través del estudio de la asistencia sanitaria regional: situación actual; necesidades; propuestas de reforma.

La inclusión del punto de vista geográfico hace que el tema se aparte del interés puramente médico y de la salud por el hincapié que se hace en la distribución espacial de los hechos estudiados, así como por las relaciones establecidas con otros factores.

La organización del sistema asistencial se presenta de este modo ante el geógrafo como un indicador del grado de desarrollo regional y como forma de análisis y aprehensión de la realidad social. Asimismo los servicios sanitarios, al estar ubicados en los núcleos urbanos y provocar desplazamientos de los usuarios, se incorporan a la articulación del territorio.

Los elementos fundamentales de estudio son la población y la asistencia sanitaria, ambas en directa relación con el espacio que nos ocupa.

2. LA POBLACION ANDALUZA

El primer paso para el estudio de la asistencia sanitaria en Andalucía es una aproximación a los caracteres de la población a la que atiende y a la que debe adaptarse, y ello desde varias perspectivas:

- a) Valores actuales y su evolución.
- b) Distribución espacial de la población y dinámica locacional.
- c) La articulación del territorio andaluz.

(*) Licenciada en Geografía.

2.1. Valores actuales en su evolución

En este apartado hay que aclarar algunos aspectos referidos a las fuentes utilizadas y a las cifras consideradas como reales.

El último recuento de la población de hecho en Andalucía es el Censo confeccionado por el Instituto Nacional de Estadística en 1981; el próximo será el resultado del Padrón de Habitantes realizado en Mayo de 1986 y cuyos resultados se conocerán a principios de 1987. La cifra más cercana a la redacción de este artículo —último trimestre de 1986— es la actualización del Padrón municipal con fecha 31 de Marzo de 1985 referida a la población de derecho, cómputo que no resulta válido porque el sistema asistencial sirve a la población que vive en un lugar y no a la que podría vivir. Por ello, es necesaria una estimación de los habitantes de hecho en Andalucía, que será tomada como base más adelante, y es la ofrecida por la Junta de Andalucía junto a la lista de hospitales de la región.

Por último, he querido hacer una comparación entre la población de derecho de 1940 y la de 1985, que dará una idea de los cambios acaecidos en las distintas provincias durante los últimos 45 años de la vida andaluza.

Como puede apreciarse en el cuadro I, si se iguala a 100 la población de 1940, la de 1985 supone un 130 %. La media andaluza encierra disparidades que van desde la casi duplicación —Cádiz 179 %— hasta el retroceso —Córdoba 99 % y Jaén 87 %—. La modificación en las cifras es el resultado de la combinación de varios factores: el saldo vegetativo —diferencia natalidad/mortalidad— y la forma en que le afecta el saldo migratorio. En Andalucía, el segundo anula los efectos del primero.

CUADRO I
LA POBLACION ANDALUZA EN 1985 Y SU EVOLUCION
EN LOS ULTIMOS 45 AÑOS

	Población de derecho en Andalucía. Padrón actualizado 31-5-85	Población de hecho en Andalucía. Estimación para 1985. J. de Andalucía	Población 1985 % sobre 1940
Almería	445.619	424.357	119
Cádiz	1.057.127	1.020.983	179
Córdoba	754.492	744.287	99
Granada	803.476	783.530	107
Huelva	443.009	432.338	118
Jaén	668.555	660.480	87
Malaga	1.122.842	1.058.896	163
Sevilla	1.565.817	1.526.486	163
ANDALUCIA	6.860.937	6.651.357	130

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

CUADRO II
TASAS DE NATALIDAD (‰) EN ANDALUCÍA. 1901-85

	1901-10	1921-30	1951-60	1961-70	1971-75	1978	1981	1985	% 1985/ 1901-10
Almería	40,3	36,8	26,5	24,0	20,8	20,3	18,8	16,6	41,40
Cádiz	37,3	33,7	25,8	26,5	23,7	22,6	19,6	18,0	48,40
Córdoba	37,2	33,9	23,7	23,4	18,3	17,6	16,7	14,0	37,76
Granada	38,3	34,5	25,3	24,2	19,6	18,0	16,5	14,9	38,98
Huelva	34,3	25,2	21,1	20,5	19,1	20,1	17,4	14,5	42,30
Jaén	41,4	36,9	25,2	23,4	17,5	16,1	16,0	14,6	35,45
Málaga	37,1	32,8	21,8	22,4	21,6	19,7	17,6	15,4	41,59
Sevilla	35,7	31,2	23,5	24,4	23,1	22,1	19,0	16,4	46,13
ANDALUCÍA	37,8	33,3	24,1	23,7	21,0	19,9	17,1	15,6	41,26
ESPAÑA	34,1	29,2	20,8	20,6	19,1	17,2	14,1	12,4	36,53

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Vemos en el cuadro II un descenso general de las tasas, que debe ser encuadrado en los cambios que se dan en toda España y en Europa dentro de la transición demográfica; aunque cronológicamente encontremos un retraso, éste se debe a que Andalucía sea, o al menos lo haya sido, una región agrícola y aislada. Las diferencias entre las distintas provincias responden a las características económicas y sociales de cada una de ellas. Es de suponer que los índices seguirán bajando en los próximos años, ya que asistimos a un acercamiento a las pautas demográficas europeas.

Las tasas de mortalidad general completan a las anteriores en el cuadro III.

CUADRO III
TASAS DE MORTALIDAD GENERAL (‰) 1901-85

	1901-10	1921-30	1951-60	1961-70	1970-81	1985	% 1985/ 1901-10
Almería	28,1	20,5	9,6	8,4	8,6	7,5	26,97
Cádiz	29,2	22,9	8,8	10,0	7,3	6,6	22,91
Córdoba	27,2	20,5	8,6	8,1	8,4	7,8	28,78
Granada	27,6	19,6	8,6	8,1	8,1	7,8	28,26
Huelva	23,7	18,3	10,5	10,0	9,7	8,6	36,58
Jaén	29,7	21,9	8,9	7,9	8,4	8,1	27,44
Málaga	26,7	20,3	8,8	8,1	8,2	7,7	28,91
Sevilla	28,9	22,0	9,0	8,2	8,0	7,4	25,74
ANDALUCIA	27,8	20,9	9,0	8,2	8,2	7,7	27,80
ESPAÑA	25,0	19,0	9,4	8,5	8,4	7,7	30,88

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

El retroceso aquí es mucho más acusado, circunstancia unida a las mejoras en el nivel de vida, muchas de las cuales se deben a los avances en la atención a la salud.

Los índices se acercan a los mínimos en una sociedad joven producto del mantenimiento de una natalidad alta junto a un progresivo descenso de la mortalidad. La ampliación de la esperanza de vida por encima de los 70 años hará que dentro de poco tiempo se acumule población de edad avanzada, con el consiguiente aumento del número de defunciones y de las tasas de mortalidad.

Estas variaciones en la composición por edades de la población andaluza deben ser tenidas en cuenta a la hora de efectuar previsiones en la asistencia sanitaria, ya que pronto sobrarán plazas materno-infantiles y serán necesarias nuevas especialidades, como gerontología.

La apreciable diferencia entre nacimientos y óbitos hace que el saldo vegetativo sea favorable. Sin embargo, esta circunstancia se ve modificada por una emigración de hondas raíces económicas y sociales que ha marcado y marca la vida de la región. El resultado de la emigración en los últimos 15 años puede verse en el cuadro IV.

La crisis económica de 1973 ha sido la causa del cese de la emigración de los andaluces hacia el extranjero o hacia otras regiones españolas, e incluso para los desplazamientos intrarregionales.

2.2. Distribución espacial de la población y dinámica locacional

Sobre un soporte territorial variado se asienta la población andaluza de forma desigual. Las unidades estructurales que lo componen se disponen en dirección NE-SO; son, de N. a S.: Sierra Morena; Depresión del Guadalquivir; Cadenas Béticas (Cadena Subbética, Depresión Intrabética, Cordillera Penibética); el litoral.

Esta población presenta caracteres comunes: las migraciones y sus consecuencias, el paro, el analfabetismo, el gran peso de la población activa agraria, etc.

Como característica diferencial aparece su distribución. Los andaluces tienden a concentrarse en las capitales de provincia y en los municipios del litoral; el labrador se aleja del campo ante unas pobres perspectivas económicas unidas al uso creciente de maquinaria agrícola.

Pueden establecerse una serie de zonas según la cantidad de población que acogen, tomando como base el ámbito comarcal, según recoge la fig. n.º 1:

1. *Pobladas:*

- Eje Sevilla-Cádiz-Huelva
- Capitales de provincia
- La Costa

2. *Intermedias:*

- Campiñas del Guadalquivir
- Areas de influencia de las zonas pobladas

3. *Despobladas:*

- Los Macizos Serranos

CUADRO IV
EFFECTOS DE LAS MIGRACIONES SOBRE LA POBLACION ANDALUZA EN EL PERIODO 1970-84

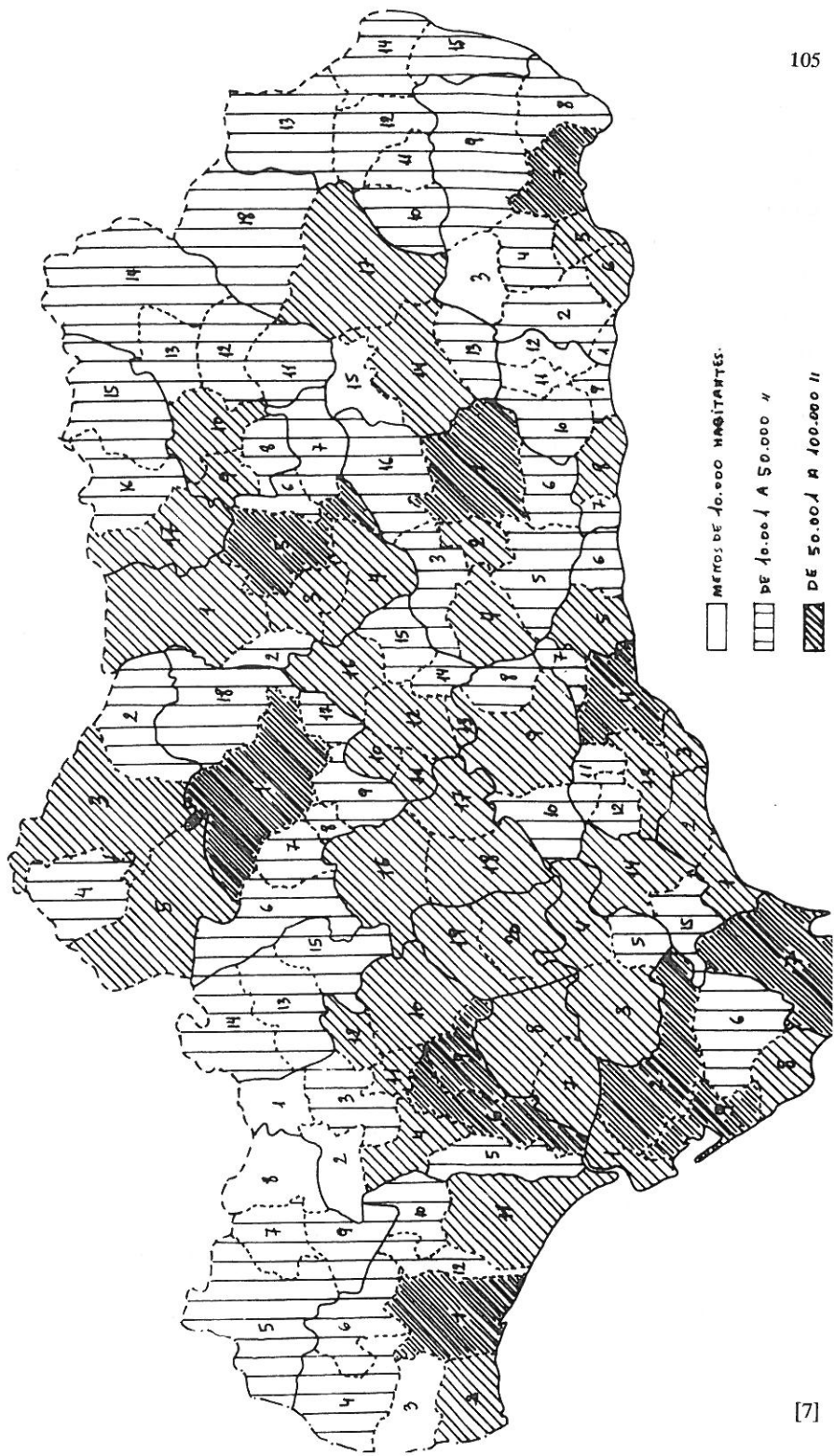
	Población 1970	Saldo vegetativo	Saldo migratorio	Variación poblacional	Población 1981	Saldo vegetativo	Saldo migratorio	Variación poblacional	Población 1984
Almería	375.004	46.962	-16.653	30.309	405.313	12.098	1.243	13.341	418.654
Cádiz	885.433	148.964	-32.681	116.283	1.001.716	36.311	2.993	39.244	1.040.960
Córdoba	724.116	69.850	-76.753	-6.903	717.213	15.933	4.192	20.125	737.338
Granada	733.375	79.937	-51.578	28.359	761.734	16.029	2.301	18.330	780.064
Huelva	397.683	37.079	-20.270	16.809	414.492	6.871	-1.920	4.951	419.443
Jaén	661.146	57.237	-90.875	-33.548	627.598	15.382	302	13.884	641.482
Málaga	867.330	111.256	+57.675	168.931	1.036.261	11.398	-4.094	7.304	1.043.565
Sevilla	1.327.190	201.729	-51.491	150.238	1.477.428	43.851	5.941	49.792	1.527.220
ANDALUCIA	5.971.277	753.014	-282.536	470.478	6.441.755	156.073	10.985	167.031	6.608.726

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia.

Figura n.º 1

Distribución de la población en Andalucía.

Fuente: *Censo de Población*. I.N.E. 1981. Elaboración propia. Véase equivalencia de números en la nota 1.



Asímismo es muy variado el saldo poblacional en las distintas provincias en los últimos 10 años. La diferencia entre las comarcas va de $-4,19\%$ (Castro del Río, Córdoba) a $+5,4\%$ (El Ejido, Almería). La disparidad en los resultados la marca la emigración. Como queda reflejado en la fig. n.º 2, ganan población el triángulo Sevilla-Cádiz-Huelva, las capitales de provincia, la costa y algunos centros comarcales, y la pierden las zonas de Sierra y de agricultura de secano.

El ritmo de concentración de la población andaluza decrece en la actualidad al mismo tiempo que las perspectivas de mejora económica que antes ofrecían los centros de expansión en los que, salvo excepciones, no se ha desarrollado actividades basadas en recursos propios o generadores de una estructura sólida, sino en la construcción, algunas ramas del sector terciario, o en industrias desconectadas en el entorno, caso del Polo de Desarrollo de Huelva.

2.3. La articulación del territorio andaluz

El ritmo acelerado de urbanización de la población en Andalucía ha hecho que las ciudades pasen a tener el papel de organizadoras del espacio por ser demandantes de productos agrícolas y por el peso de sus decisiones políticas y económicas.

La red de ciudades de Andalucía, aún cuando es relativamente equilibrada —sigue la ley rango/tamaño—, se ha debilitado por la pérdida de importancia de las agrocidades en beneficio de los grandes asentamientos. Esta circunstancia sería positiva en momentos de desarrollo económico e integración territorial, pero en la actualidad conduce a una organización fragmentada de la región. Aún así, resulta una ventaja que debe ser potenciada para conseguir un desarrollo en el futuro equilibrado.

Nueve núcleos —las capitales de provincia más Jerez— estructuran como centros superiores el “sistema de ciudades” andaluz. Sevilla aparece con el mayor nivel de centralidad, articulando las áreas dependientes de Huelva, Cádiz, Jerez, Málaga y Córdoba. Granada constituye el centro de otros dos subsistemas que incluyen Jaén y Almería. Cada uno de estos centros superiores se vincula con sus ámbitos específicos, mientras está muy débilmente integrado con el resto.

Aparecen centros intermedios unidos a las conexiones entre los centros superiores: La Palma, Ecija, Ronda, Algeciras, Lucena, Antequera, Vélez Málaga, Linares, Motril, Baza, Sorbas, así como otros de influencia comarcal: Pozoblanco, Peñarroya-Pueblonuevo, Osuna, Estepa, Ubeda, Andújar, Guadix, Albox. El esquema es el que ilustra la fig. n.º 3.

Figura n.º 2

Evolución de la población andaluza 1970-1985.
Fuente: Censo de Población. Elaboración propia.

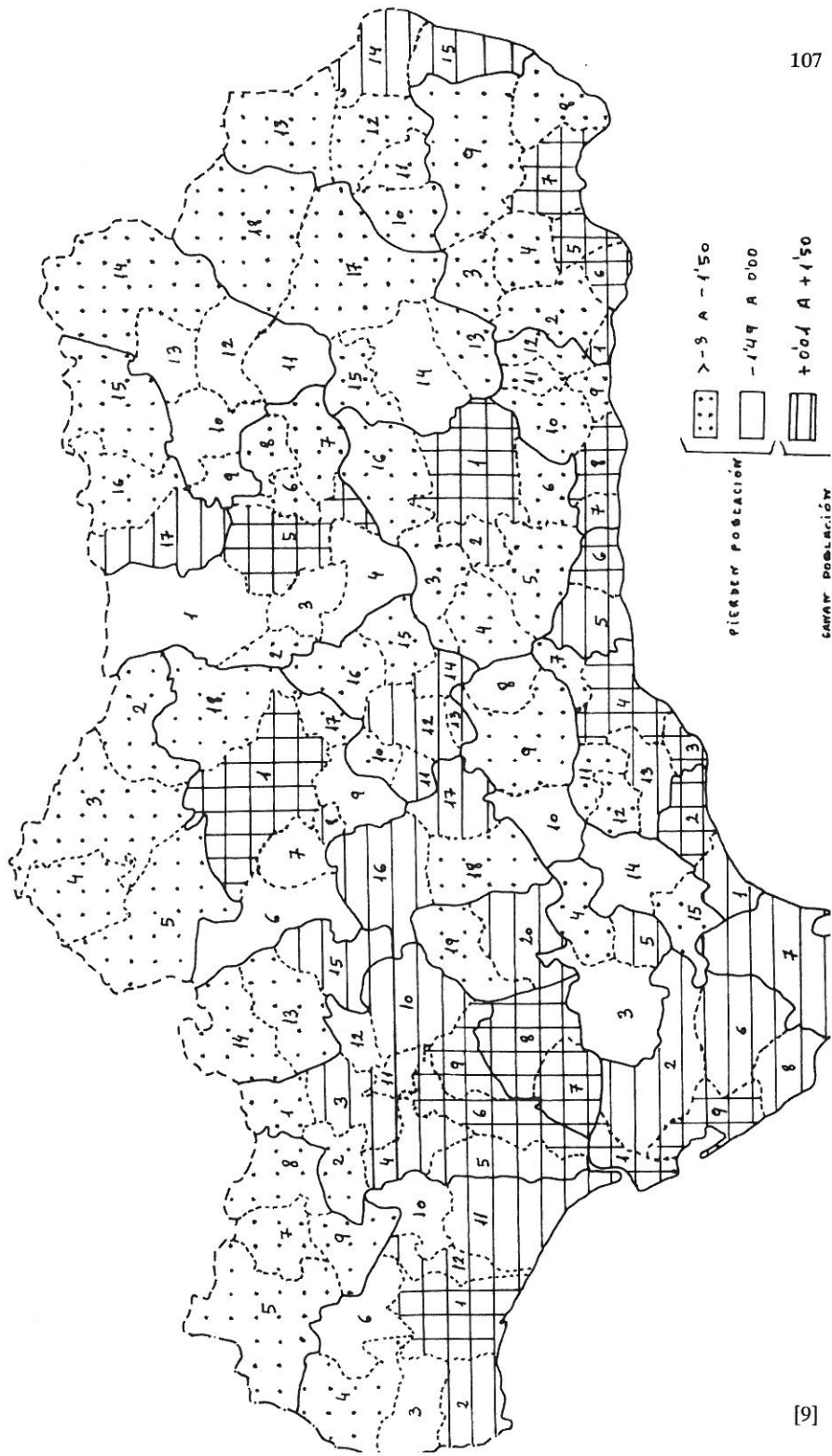
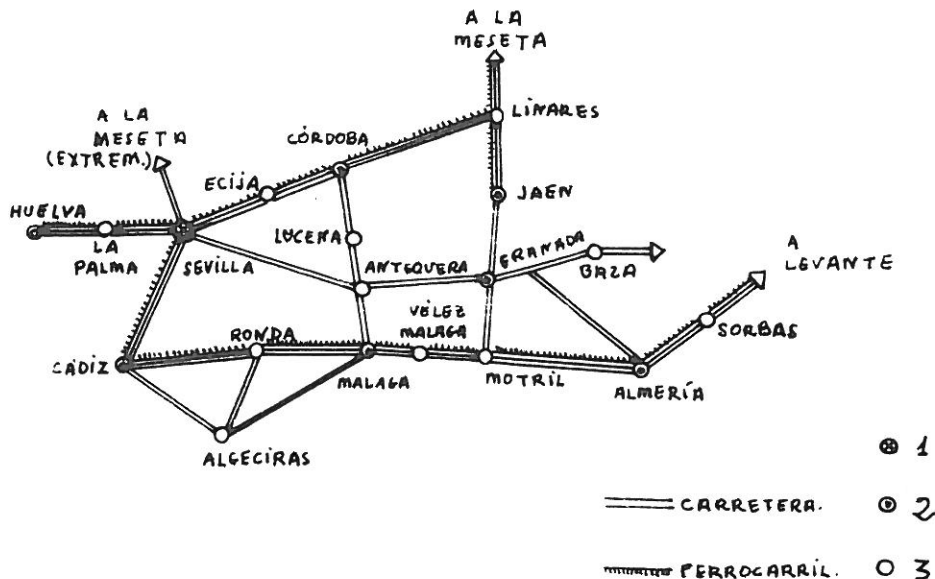


Figura n.º 3

El "sistema andaluz de ciudades" según Racionero, 1978.
1: Capital regional, 2: Centros superiores, 3: Centros secundarios.



El sistema de relación —redes— entre las ciudades andaluzas se configura a lo largo de dos ejes:

- La N-IV: Cádiz-Jerez-Sevilla-Ecija-Córdoba-Linares-Andújar-Ubeda.
- La Costa Mediterránea: Algeciras-Marbella-Málaga-Vélez Málaga-Motril-Almería.

Este sistema de comunicaciones acentúa la desconexión entre los centros y, en cuanto a la infraestructura de carreteras, el principal problema radica en la deficiente comunicabilidad E-O, siendo las zonas menos accesibles las que quedan al E. de Ubeda-Motril, el interior del triángulo Granada-Jaén-La Línea y la cornisa de Sierra Morena desde Despeñaperros a Portugal. Salvo los dos ejes principales, el estado de las carreteras suele ser defectuoso, llegando en muchos lugares a carecer de señalización en el pavimento y a tener un aspecto lamentable, por lo que las distancias se multiplican o se vuelven casi insalvables, aislando comarcas cercanas.

La red ferroviaria responde a criterios que han primado la comunicación de la región con la Meseta, mientras resultan insuficientes las conexiones con Levante y Extremadura, así como la conexión intrarregional y a lo largo de la costa, siendo inexistente con Portugal.

La dificultad en las comunicaciones aboca necesariamente a una zonalización de los desplazamientos hacia los centros mejor comunicados y no hacia las áreas vecinas, con lo que las demandas de los usuarios se concentran en los núcleos principales, contribuyendo al desequilibrio en las dotaciones, cada vez más acentuado.

Para Andalucía es necesaria una reordenación de los asentamientos y su jerarquización¹, así como una mejora en las comunicaciones. Una carretera no crea directamente riqueza allí por donde pasa, pero es imprescindible para la comunicación de personas, mercancías e ideas.

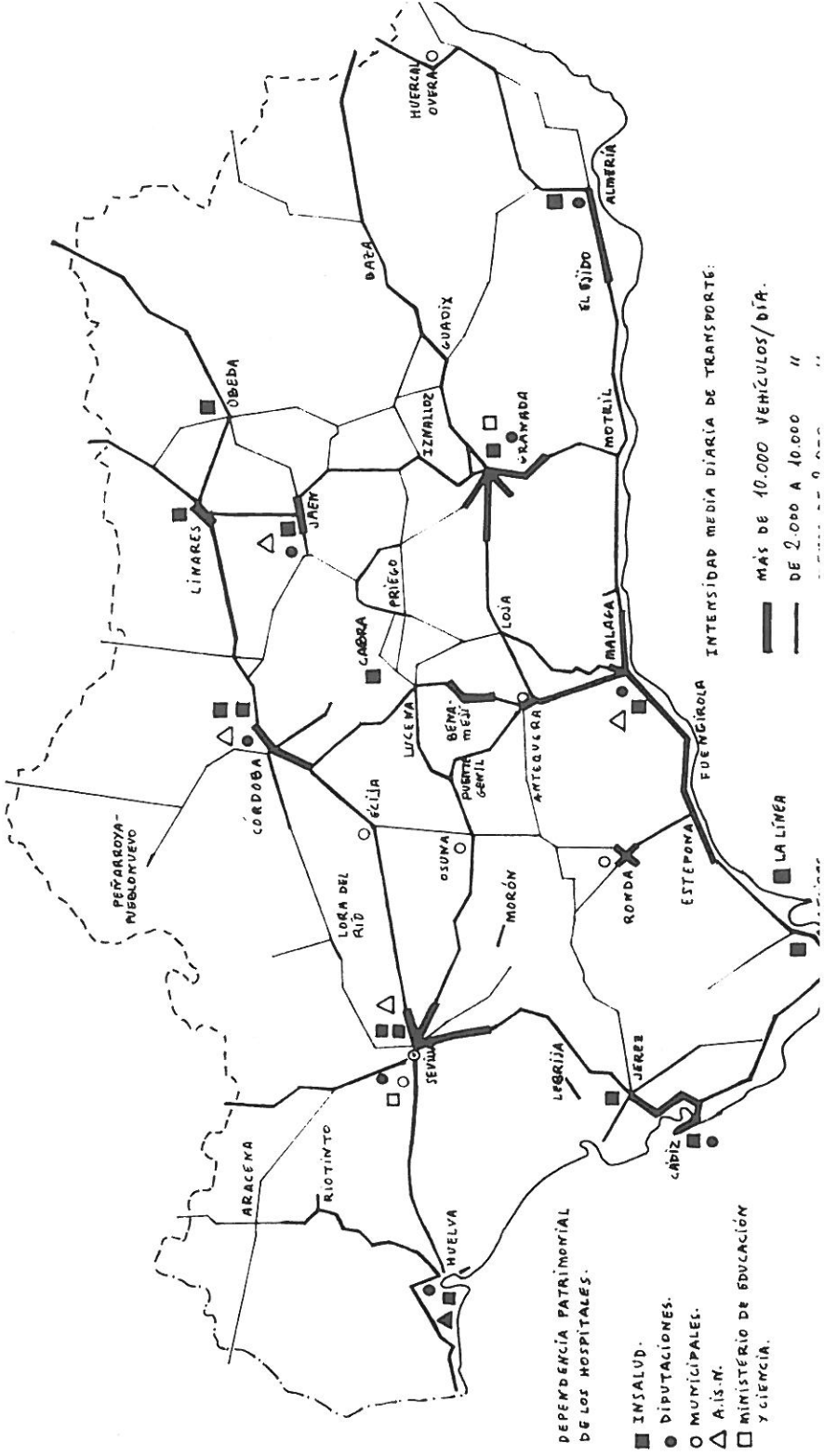
En la fig. n.º 4 se dibuja una esquematización de la intensidad media de tráfico en las carreteras andaluzas, eliminando las que soportan un tráfico medio inferior a 2.000 vehículos/día, y que corresponden a los pueblos peor comunicados, creando grandes vacíos entre las vías principales.

-
1. El sistema de ciudades propuesto por la Junta de Andalucía divide la región en comarcas, que son:
 - **ALMERÍA:** 1. Adra; 2. Berja; 3. Fiñana; 4. Canjáyar; 5. Roquetas; 6. El Ejido; 7. Almería; 8. Níjar; 9. Tabernas; 10. Tíjola; 11. Olula del Río; 12. Albox; 13. Vélez Rubio; 14. Huércal-Overa; 15. Vera.
 - **CADIZ:** 1. Sanlúcar de Barrameda; 2. Jerez; 3. Arcos de la Frontera; 4. Olvera; 5. Ubrique; 6. Medina Sidonia; 7. Algeciras; 8. Barbate; 9. Cádiz.
 - **CORDOBA:** 1. Córdoba; 2. Villanueva de Córdoba; 3. Pozoblanco; 4. Hinojosa del Duque; 5. Peñarroya-Pueblonuevo; 6. Palma del Río; 7. Posadas; 8. La Carlota; 9. La Rambla; 10. Montilla; 11. Puente Genil; 12. Lucena-Cabra; 13. Benamejé; 14. Rute; 15. Priego de Córdoba; 16. Baena; 17. Castro del Río; 18. Montoro.
 - **GRANADA:** 1. Granada; 2. Santa Fe; 3. Montefrío; 4. Loja; 5. Alhama de Granada; 6. Dúrcal; 7. Almuñécar; 8. Montril; 9. Albuñol; 11. Orgiva; 11. Cadiar; 12. Ugíjar; 13. La Calahorra; 14. Guadix; 15. Pedro Martínez; 16. Iznalloz; 17. Baza; 18. Huéscar.
 - **HUELVA:** 1. Huelva; 2. Ayamonte-Isla Cristina; 3. Villanueva de los Castillejos; 4. Puebla de Guzmán; 5. Cortegana; 6. Valverde del Camino; 7. Aracena; 8. Santa Olalla de Cala; 9. Riotinto-Nerva; 10. La Palma del Condado; 11. Bollullos Par del Condado; 12. Bonares.
 - **JAEN:** 1. Andújar; 2. Porcuna; 3. Martos; 4. Alcalá la Real; 5. Jaén; 6. Mancha Real; 7. Huelma; 8. Jódar; 9. Baeza; 10. Ubeda; 11. Quesada; 12. Cazorla; 13. Villacarrillo; 14. Orcera; 15. Santisteban del Puerto; 16. La Carlota; 17. Linares.
 - **MALAGA:** 1. Estepona; 2. Marbella; 3. Fuengirola; 4. Málaga; 5. Vélez Málaga; 6. Nerja; 7. Colmenar; 8. Archidona; 9. Antequera; 10. Campillos; 11. Alora; 12. Yunquera; 13. Coín; 14. Ronda; 15. Cortes de la Frontera.
 - **SEVILLA:** 1. Santa Olalla de Cala; 2. Castillo de las Guardas; 3. Guillena; 4. Sanlúcar la Mayor; 5. Pilas; 6. Sevilla; 7. Lebrija; 8. Utrera; 9. Dos Hermanas-Alcalá de Guadaira; 10. Carmona; 11. Rinconada; 12. Cantillana; 13. Constantina; 14. Cazalla de la Sierra; 15. Lora del Río; 16. Ecija; 17. Estepa; 18. Osuna; 19. Marchena; 20 Morón.

Esta división es la utilizada para elaborar la cartografía que acompaña al texto.

Figura n.º 4

Red de carreteras en Andalucía, intensidad media diaria de transporte y hospitales andaluces en 1982.
Fuente: López Lara, 1986 y Consejería de Salud. *Situación y Futuro...*, 1984.



Dentro del Plan General de Carreteras del MOPU, cuyas competencias han sido transferidas a la Junta de Andalucía, se encuentra un proyecto de autovía Sevilla-Baza, que terminaría con la desconexión entre el Valle del Guadalquivir y el Eje Intrabético, y que podría ser un primer paso para terminar con la desarticulación del territorio andaluz.

3. ASISTENCIA SANITARIA EN ANDALUCIA

3.1. Generalidades

La idea básica que debe seguir el análisis de la asistencia sanitaria es si ésta se adapta a la población a la que atiende o si, por el contrario, se organiza según otros presupuestos.

Es necesario tener en cuenta el momento de remodelación en que se encuentran los servicios asistenciales en Andalucía, circunstancia que lleva a un cambio diario en las cifras y, aunque estas variaciones son generales en la sanidad, se incrementan en el caso que nos ocupa. Por ello, los datos expuestos en este trabajo deben tomarse como sumamente aproximados y no como exactos. Este hecho no afecta, sin embargo, a la comparación entre los elementos ya que la evolución es, en mi opinión, más interesante que los números en sí mismos; en este caso, como en otros muchos, es preferible la cualidad que la estricta cantidad.

Los comentarios siguientes se apoyan en el cotejo de los datos obtenidos hasta Junio de 1986 con los que son resultado del Proyecto de Reforma Sanitaria de la Junta de Andalucía, incidiendo más adelante en el componente territorial que tal proyecto encierra y que va a ser la organización cotidiana con la que nos vamos a encontrar a partir de ahora en Andalucía.

3.2. La red hospitalaria

Cualquier reflexión acerca de la red hospitalaria andaluza pasa por el estudio de tres etapas: su situación hasta 1983, fecha en que son transferidas las competencias de sanidad a la Junta de Andalucía; de 1983 a los datos publicados en el primer semestre de 1986; lo que resta del programa de actuación de la Reforma Sanitaria.

3.2.1. Centros hospitalarios

El número total de hospitales en Andalucía en Junio de 1986 era de 146, ordenados en el cuadro V según provincias y entidades patrimoniales de las que dependen.

CUADRO V
CENTROS HOSPITALARIOS SEGUN LAS ENTIDADES PATRIMONIALES DE LAS QUE DEPENDEN

	PUBLICOS						PRIVADOS				Total 1986/1982
	R.A.S.S.S.A	Diput.	Munic.	M.E.C.	Total 1986/1982	C.R.E.	Iglesia	Priv.	Total 1986/1982		
Almería	1	2	1	—	4/3	1	—	6	7/7	11/10	
Cádiz	4	2	3	—	9/6	3	2	10	15/14	24/20	
Córdoba	6	2	2	—	10/8	1	1	3	5/5	15/14	
Granada	2	2	1	1	6/4	—	1	2	3/3	9/7	
Huelva	6	2	1	—	9/5	—	—	5	5/5	14/11	
Jaén	6	2	4	—	12/11	—	—	6	6/7	18/18	
Málaga	4	1	3	—	8/7	1	3	12	16/12	25/19	
Sevilla	4	2	5	1	12/7	2	1	15	18/16	30/27	
ANDALUCIA	33	15	20	2	70/55	8	8	59	75/71	146/126	

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

Salvo en el caso de Jaén (18 centros hospitalarios), en todas las provincias aumenta su número respecto a Diciembre de 1982, sobre todo en el sector público, ya que sólo se crean centros privados en Málaga y Sevilla.

En el caso de los hospitales privados, aunque en las estadísticas aparecen como entidades no públicas, en la mayoría de los casos se trata de clínicas con un pequeño número de camas, dedicadas a funciones quirúrgicas y convertidas en centros públicos concertados con la Seguridad Social. Este tipo de hospitales tiende a desaparecer al incorporarse a la RASSSA (Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía).

Cuentan con un total de 23.235 camas instaladas para una población de 6.651.357 hab. (estimación de la población de hecho aludida anteriormente en el apartado 2.1). La evolución en el número de camas ha tenido varios aspectos: aumento —en Diciembre de 1982 había en Andalucía un total de 21.570 camas, ordenadas por provincias en el cuadro VI—; creación de nuevas especialidades; apertura de nuevos centros en las capitales de provincia y, sobre todo, en otras poblaciones.

CUADRO VI
NUMERO DE CAMAS INSTALADAS EN DICIEMBRE DE 1982

	Públicos	Privados	Total
Almería	679/67 %	289/33 %	968
Cádiz	2.225/58 %	1.583/42 %	3.808
Córdoba	1.871/86 %	249/14 %	2.120
Granada	2.443/87 %	350/13 %	2.793
Huelva	974/51 %	214/49 %	1.888
Jaén	1.515/83 %	293/17 %	1.808
Málaga	2.484/64 %	1.391/36 %	3.875
Sevilla	3.719/74 %	1.291/26 %	5.010
ANDALUCIA	15.910/73 %	5.660/27 %	21.570

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

La forma usual de expresión de las necesidades hospitalarias es el criterio poblacional: camas/1.000 habitantes. En la actualidad se distribuyen por provincias y entidades patrimoniales del modo que sigue en el cuadro VII.

Los hospitales de la RASSSA poseían en Junio de 1986 casi la mitad de las camas instaladas en los hospitales andaluces, llegando el sector público a cubrir el 80 % del total. Es el sector privado el que pierde un 7 % de las plazas con referencia a Diciembre de 1982.

CUADRO VII
NUMERO DE CAMAS EN ANDALUCIA POR PROVINCIAS Y ENTIDADES PATRIMONIALES
EN JUNIO DE 1986. INDICES CAMAS/1.000 HABS.

	PUBLICOS						PRIVADOS					Total
	RASSA	Diput.	Munic.	M.E.C.	Total	C.R.E.	Iglesia	Priv.	Total			
Almería	600/33 %	673	125	—	1.398/76 %	140	—	282	422/24 %	1.820		
Cádiz	2.087/43 %	1.130	238	—	3.455/72 %	131	340	870	1.341/28 %	4.796		
Córdoba	2.106/60 %	1.010	90	—	3.206/91 %	77	115	98	290/ 9 %	3.496		
Granada	1.822/49 %	529	44	937	3.340/90 %	—	120	246	366/10 %	3.698		
Huelva	1.337/62 %	565	19	—	1.921/90 %	—	—	212	212/10 %	2.133		
Jaén	1.543/55 %	866	76	—	2.485/89 %	—	—	304	304/11 %	2.789		
Málaga	2.559/41 %	700	424	—	3.683/59 %	130	697	1.695	2.522/41 %	6.205		
Sevilla	3.018/41 %	1.406	405	1.071	5.900/80 %	151	157	1.090	1.398/20 %	7.298		
ANDALUCIA	15.072/46 %	6.879	1.421	2.008	25.388/80 %	629	1.429	4.796	6.855/20 %	32.235		
					3,81c/1.000 h.				1,03c/1.000 h. 4,84c/1.000 h.			

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

Los porcentajes en las distintas provincias no son homogéneos. La máxima importancia del sector público está en torno al 90 % en Córdoba, Granada, Huelva y Jaén. En el otro extremo está Málaga donde las camas del sector público son el 59 %; se concentran los centros privados en la capital o en su zona de influencia inmediata, y deben su existencia a la demanda de la población turística más o menos permanente. En Diciembre de 1982 los centros públicos ofrecían en Málaga el 64 % del total de camas, y es la única provincia que tiene una evolución negativa en este sector.

El índice de camas/1.000 hab. en Andalucía en Junio de 1986 era de 4,84. La oferta en hospitales públicos es de 3,81 frente a los privados que llegan a 1,03 camas/1.000 hab. Dentro del sector público destaca la RASSSA, con 2,26 camas/1.000 hab., el 41 % del total. Las provincias con menor índice son Jaén y Almería con 4,22 y 4,28 camas/1.000 hab. respectivamente. El mayor índice se da en Málaga con 5,85 camas/1.000 hab. Estos datos pueden compararse con los de 1982 en el cuadro VIII.

CUADRO VIII
INDICE CAMAS/1.000 HABS. EN 1982 Y 1986

	1982	1986
Almería	2,39	4,28
Cádiz	3,80	4,69
Córdoba	2,95	4,69
Granada	3,66	4,72
Huelva	2,82	4,93
Jaén	2,88	4,22
Málaga	3,73	5,85
Sevilla	3,39	4,78
ANDALUCIA	3,35	4,84

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

En todos los casos se da un aumento de las plazas disponibles respecto a 1982; se duplican en Huelva y Málaga. Las pautas aconsejadas por la O.M.S. en 1947 indicaban que el número de camas/1.000 hab. debía estar entre 5 y 8,7 en los hospitales generales. En las estimaciones más recientes se admite como bueno de 2 a 2,5 camas/1.000 hab. Por tanto la situación andaluza, en términos teóricos, puede considerarse normal. La oferta aumenta porque la RASSSA tiene como objetivo atender todas las necesidades de la región, construyendo nuevos hospitales o concertando los privados.

La política sanitaria llevada hasta hace poco en España tendía a la creación de grandes centros hospitalarios como aglutinadores del sistema asistencial, y Andalucía no ha sido una excepción.

Cinco hospitales ubicados en capitales de provincia poseen más de 1.000 camas cada uno y, en conjunto 8.294, el 25,72 % del total andaluz².

Los centros menores de 100 camas son el 46,20 % de los hospitales, pero sólo suman el 5 % de las camas disponibles, y aparecen desglosados en el cuadro IX. El 74,61 % depende de entidades privadas frente al 25,39 % de los centros públicos.

CUADRO IX
NUMERO DE HOSPITALES CON MENOS DE 100 CAMAS EN JUNIO DE 1986

	Capital	Provincia	Total
Almería	4	1	5
Cádiz	2	10	12
Córdoba	2	5	7
Granada	1	1	2
Huelva	4	3	7
Jaén	3	8	11
Málaga	6	1	7
Sevilla	10	2	12
ANDALUCIA	34	31	65

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

En cuanto a hospitales según sus funciones, en el cuadro X destacan por su número los hospitales generales —71,81 % del total de camas—, que acogen todas las especialidades sanitarias, aunque algunas sólo en urgencias para un posterior traslado de los ingresos. Los hospitales con especialidades específicas responden a distintas circunstancias:

2. Hospitales andaluces con más de 1.000 camas:

CADIZ: Hospital de la Seguridad Social, 1.026 camas.

GRANADA: Hospital de la Seguridad Social “Virgen de las Nieves”, 1.572 camas.

MALAGA: Hospital “Carlos Haya”, 1.368 camas.

SEVILLA: Hospital Clínico Universitario, 1.071 camas; Hospital de la Seguridad Social “Virgen del Rocío”, 2.057 camas; Sanatorio Psiquiátrico “Miraflores”, 1.200 camas.

CUADRO X
NUMERO DE CAMAS SEGUN LAS FUNCIONES DE LOS HOSPITALES
EN LOS QUE SE ENCUENTRAN. JUNIO DE 1986

	General	Quirúrgica	E. Tórax	Psiquiátrica	Maternal	Oncológica	Infantil
Almería	1.170	142	—	500	8	—	—
Cádiz	3.794	229	—	684	89	—	—
Córdoba	2.389	230	315	540	22	—	—
Granada	3.191	184	—	323	—	—	—
Huelva	1.465	91	277	250	50	—	—
Jaén	1.790	162	258	550	29	—	—
Málaga	4.416	646	165	911	67	—	—
Sevilla	4.935	634	241	1.214	—	155	120
ANDALUCIA	23.149	2.318	1.256	4.972	265	155	120

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

- Los centros quirúrgicos no suelen tener más de 100 camas, y la mayoría son privados o concertados, y también existen en el sector público. Realizan operaciones en casos que no revisten una mayor necesidad de atenciones.
- Las clínicas maternas, tanto públicas como privadas, poseen un pequeño número de camas. Algunas de ellas, ubicadas en las cabeceras comarcales, acogen los nacimientos de las zonas rurales, siempre muy concentrados en las capitales de provincia.
- Las especialidades de pediatría y oncología cuentan con un solo centro en la capital regional. Se trata de casos que necesitan un tratamiento de alta cualificación, y por su especificidad se encuentran en la ciudad centralizadora. Ambos casos son tratados asimismo en los hospitales generales.
- Los hospitales de enfermedades del tórax y psiquiátricos mantienen una evolución negativa. Los de enfermedades del tórax han sido marginados socialmente, y muchos de los problemas que atienden —por ejemplo tuberculosis— tienen sus causas en las condiciones económicas y sociales del paciente, en una región que mantiene bolsas de pobreza y situaciones carenciales rayanas en el subdesarrollo. La tendencia actual a la disminución de este tipo de pacientes y los nuevos tratamientos inciden en la regresión del número de camas disponibles. Los tratamientos psiquiátricos se basan cada vez menos en el internado, por lo que los “manicomios” pierden toda función.

3.2.2. Personal hospitalario

Los datos expuestos en el cuadro XI son un reflejo de la realidad asistencial. La media andaluza $-1,54$ personal/cama— no encierra grandes diferencias entre las distintas provincias. Las plantillas están en fase de expansión tanto en los hospitales ya existentes como en los de futura creación³.

Se incluyen en el cuadro XII los médicos pertenecientes a los hospitales de la RASSSA y Ambulatorios a excepción de médicos internos y de los Hospitales Clínicos no concertados.

Las especialidades ejercidas por el personal médico hospitalario se adaptan a los cambios que se producen en las necesidades sanitarias de una sociedad en evolución. Aparecen especialidades en nuevas ramas: oncología, medicina preventiva, medicina nuclear.

3.2.3. Distribución geográfica de centros y camas

En la fig. n.º 4 se observa que, en Diciembre de 1982, la distribución de los servicios hospitalarios en Andalucía no se basaba en una planificación sanitaria ni poblacional, puesto que la mayor parte de los recursos (un 78 %) se concentra en las capitales de provincia, que acogen a un 34 % de la población, encontrándose amplias zonas totalmente desprovistas de asistencia. La situación más equilibrada la tenía Jaén con el 53 % de las camas en la capital. Este desfase favorece los desequilibrios regionales en cuanto a las dotaciones disponibles.

Existe, asimismo, una distorsión entre las necesidades hospitalarias y los servicios ofertados. Se aconseja planificar los sistemas de atención sobre las necesidades en lugar de hacerlo sobre la demanda —camas/1.000 hab.—, circunstancia esta última que puede contribuir a afianzar las desigualdades en detrimento de las zonas peor dotadas y con menores índices de utilización.

3. En este apartado se refleja el número de médicos y de personal de enfermería de la RASSSA, por no disponer de estadísticas actualizadas del resto de entidades patrimoniales. Este hecho no merma la significación de las cifras conocidas por varias razones: la RASSSA controla en la práctica la mayoría de los hospitales públicos y privados concertados, y este control tiende a extenderse; se incluyen los médicos de Ambulatorios de Asistencia Primaria, integrados en las plantillas de hospitales como “especialistas de área” desde el comienzo de la Reforma Sanitaria; muchos de los médicos de las clínicas privadas trabajan asimismo en el sector público. No se incluyen los médicos internos residentes por su condición de alumnos. En el personal de enfermería se incluyen: director de enfermería; supervisores; adjunto de enfermería; enfermeras; matronas, fisioterapéutas; auxiliares de clínica. En los hospitales de la RASSSA de Córdoba, Cádiz, Huelva, Almería y Málaga, y en el Hospital de la Seguridad Social de Baza (Granada) se incluyen nuevos especialistas de enfermería provenientes de FP.2: técnicos de laboratorio (TEL), técnicos de rayos (TER) y técnicos de asistencia patológica (TEAP).

CUADRO XI
PERSONAL HOSPITALARIO (APARECEN EL COMPUTO TOTAL Y LOS INDICES DE PERSONAL/CAMA)

	JUNIO 1986			DICIEMBRE 1982			Total camas públicas
	Personal Médico	Personal Enfermería	Total	I. Méd.	I. Enfer.	Total	
Almería	311/0,51	1.029/1,71	1.340/2,23	0,21	0,77	0,99	600
Cádiz	722/0,34	2.424/1,16	3.116/1,50	0,26	1,02	1,28	2.087
Córdoba	625/0,29	2.475/1,17	3.100/1,47	0,21	1,03	1,25	2.106
Granada	683/0,37	2.451/1,34	3.134/1,72	0,29	1,20	1,49	1.822
Huelva	326/0,24	1.395/1,04	1.721/1,28	0,21	0,69	0,91	1.337
Jaén	502/0,32	1.800/1,16	2.302/1,49	0,26	1,05	1,31	1.543
Málaga	845/0,33	2.696/1,05	3.541/1,38	0,28	1,42	1,67	2.559
Sevilla	1.355/0,44	3.664/1,21	5.019/1,66	0,36	1,09	1,47	3.018
ANDALUCIA	5.369/0,35	17.934/1,18	23.303/1,54	0,28	1,10	1,38	15.072

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Elaboración propia.

CUADRO XII
NUMERO DE ESPECIALISTAS EN ANDALUCÍA. JUNIO DE 1986

	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía
Traumatología	23	54	52	61	25	36	69	115	435
Urgencias	11	10	4	2	—	12	4	20	63
Pediatría	15	39	30	31	22	24	46	74	281
Tocoginecología	33	74	61	61	33	49	84	139	534
Oncología	2	4	7	5	—	2	7	12	39
Psiquiatría	—	1	1	5	1	5	6	9	28
Medicina Preventiva	3	6	6	5	3	3	7	6	39
Farmacia	4	10	7	8	4	7	8	10	58
Rehabilitación	5	14	10	14	9	8	14	24	98
Q. Patológica	6	15	10	11	7	8	12	18	87
Neurofisiología	6	15	17	21	4	7	26	40	136
Anestesia	19	49	41	47	22	28	52	83	341
Laboratorio y Microbiología	20	44	37	51	23	37	46	48	306
Medicina Nuclear	17	44	39	43	19	37	50	91	340
Cirugía	30	72	75	82	24	48	105	169	605
Medicina Interna	117	271	228	236	130	191	309	497	1.979
TOTAL	311	722	625	683	326	502	845	1.355	5.369

Fuente: Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Elaboración propia.

En economía de salud se acepta que la oferta de servicios sanitarios crea su propia demanda. El demandante del mercado sanitario no es el paciente, sino el médico; su decisión inicia la complejidad del diagnóstico y del tratamiento. Se ha comprobado que la tasa de ocupación de camas es independiente del índice camas/población. Si se abren nuevos hospitales, se llenan, aunque las necesidades no hayan cambiado.

La variación en los niveles de vida y las mejoras en las condiciones socioeconómicas, sin embargo, han hecho disminuir procesos que antes necesitaban asistencia hospitalaria; desaparición de los “manicomios”; el desarrollo de los fármacos disminuye el tiempo de las estancias; el descenso de las tasas de natalidad hace que sobren camas materno-infantiles.

Asímismo, la localización de las camas influyen en su uso; la frecuentación hospitalaria aumenta en las poblaciones cercanas a los centros con referencia a las lejanas. En un estudio sobre 32 municipios murcianos, los situados en isócronas menores de 30 minutos al centro hospitalario (20-25 kms.) tenían una frecuentación de 88,2/1.000 habs.; los distantes entre 30 y 60 minutos, 53,2/1.000, y los ubicados a más de 60 minutos, un 39/1.000 habs.

El papel del hospital dentro del sistema sanitario andaluz hace que atienda de un 5 a un 10 % de los problemas de salud de la población y, sin embargo, representa cerca del 60 % del presupuesto destinado a los servicios sanitarios.

En 1982 existían múltiples redes sanitarias públicas —Seguridad Social, Universidad, Diputaciones, Ayuntamientos, AISN— y privadas —Cruz Roja, Iglesia, Clínicas Privadas— mal coordinadas entre sí y, a veces, desaprovechadas. Aún así, la red hospitalaria de la Seguridad Social soportaba la mayor parte de la asistencia de hospitalización de corta estancia en Andalucía.

Los hospitales han primado en el sistema sanitario y así lo entendía la población, acostumbrada a acudir a ellos directamente; sólo el 20 % de las urgencias atendidas eran ingresadas.

Es necesaria, por tanto, una revisión no sólo de los recursos hospitalarios —número y ubicación—, sino cambiar el papel de los hospitales dentro de la asistencia sanitaria general.

Se hace necesario el acercamiento de la sanidad a los ciudadanos, así como la facilidad de acceso a la misma, primando las zonas pero dotadas. Este reparto no puede lograrse en ciertas especialidades y equipos de alta tecnología que, por su alto coste, deben ocupar el lugar de mayor centralidad. Es preciso delimitar las zonas de influencia poblacional de los distintos centros, la jerarquización técnica de los mismos, la interrelación entre los diversos tipos de hospitales y su total integración dentro del sistema sanitario.

En el Proyecto de Reforma Sanitaria de la Junta de Andalucía se prevé una ordenación funcional y territorial de los hospitales en tres grupos principales —Hospital General Básico, Hospital de Especialidades, Hospitales Generales— y dos accesorios —Hospitales Monográficos y Hospitales de Recuperación—.

- a) Hospital General Básico, comarcal o de primer nivel, que puede estar ubicado en el medio rural o en el urbano, aunque siempre atenderá a una población entre 100.000 y 250.000 hab. en cuanto a especialidades básicas —medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría y tocoginecología—. Su tamaño será de 2 camas/1.000 hab.
- b) Hospitales de Especialidades, de área o de segundo nivel; con doble función, la de hospital básico para una zona y la de apoyo a los hospitales de primer nivel. Su área de influencia poblacional oscilará entre 250.000 y 650.000 hab.
- c) Hospitales de Especialidades de tipo general o de tercer nivel, que atenderán a una población superior al millón de habitantes, con atenciones muy especializadas: cirugía del tórax, cirugía máxilo-facial, cirugía plástica e infantil, neurocirugía; medicina nuclear; radioterapia y transplantes.

La asistencia hospitalaria se completa con centros de apoyo: Hospitales Monográficos (antituberculosos, materno-infantiles, etc.) y Hospitales de Cuidados y Recuperación, que serán un escalón intermedio entre los Hospitales de Agudos y los servicios comunitarios y sociales.

Con vistas a la aplicación práctica del nuevo modelo hospitalario, la Junta de Andalucía procedió a la división del territorio, según muestra la fig. n.º 5, de forma escalonada en tres ámbitos:

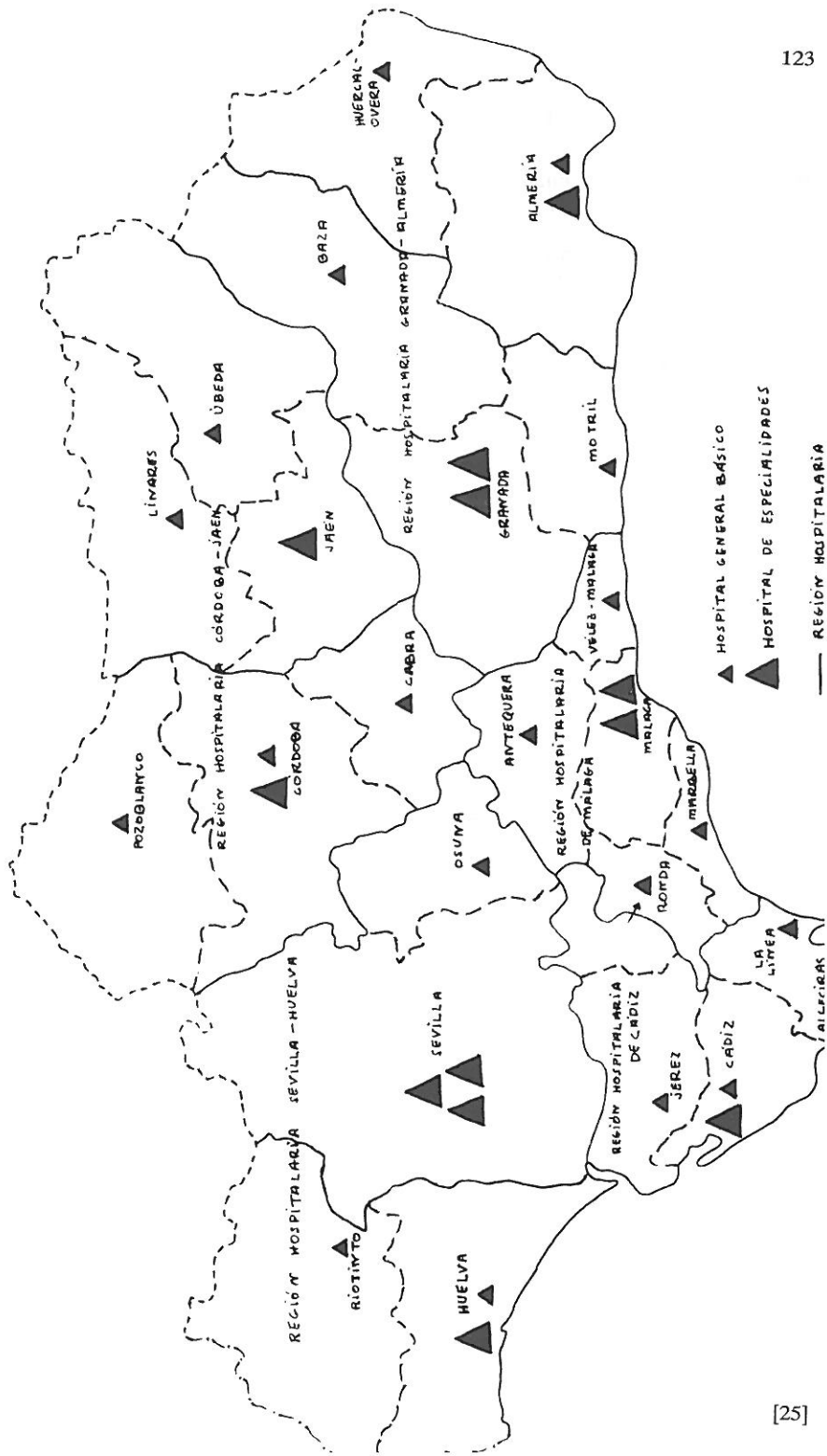
- Areas Hospitalarias Básicas (A.H.B.) o comarcas hospitalarias, que contarán con un Hospital General Básico.
- Areas Hospitalarias de segundo nivel, a escala provincial, que contará con un Hospital de Area.
- Regiones Hospitalarias, formadas por una o varias provincias, con un Hospital de Especialidades de tipo general, siempre ubicado en la ciudad centralizadora.

Los dos últimos suelen coincidir en los grandes centros de las capitales provinciales. Las comarcas hospitalarias pueden contener una o varias A.H.B., y la relación que a continuación se expone se refiere a comarcas por considerar que un resumen de la lista total de A.H.B. es mucho más clara y fácilmente expresable en la cartografía adjunta.

Figura n.º 5

Proyecto de Sectorización de la Red Hospitalaria de Andalucía.

Fuente: *Situación y Futuro...*, 1984



La ordenación de los recursos queda como sigue:

Región Hospitalaria (Hospitales de especialidades)

Granada-Almería.

- Residencia Sanitaria "Torrecárdenas".
- Ciudad Sanitaria "Virgen de las Nieves".
- Hospital Clínico "San Cecilio".

Comarcas hospitalarias (Hospitales de 1.º nivel)

Albox-Vera-Vélez Rubio

- Hospital General Básico de Huércal-Overa.

Dalías-Almería.

- Residencia Sanitaria "Torrecárdenas".
- Hospital Provincial de la Diputación.

Motril.

- H.G.B. de Motril (*).

Guadix-Baza.

- H.G.B. de Baza.

Granada.

- Ciudad Sanitaria "Virgen de las Nieves".
- Hospital Clínico "San Cecilio".
- Hospital "San Juan de Dios".

(*) Hospitales en proyecto o en construcción; junio de 1986.

Región Hospitalaria (Hospitales de especialidades)

Cádiz.

- H.S.S. de Jerez.
- H.S.S. de Cádiz.

Comarcas Hospitalarias (Hospitales de 1.º nivel)

Algeciras-La Línea.

- Hospital de la Seguridad Social "Punta de Europa".
- H.S.S. de La Línea.

Jerez.

- H.S.S. de Jerez.

Cádiz-San Fernando-Puerto de Santa María-Vejer.

- Hospital de Puerto Real.
 - H.S.S. de Cádiz.
-

Región Hospitalaria (Hospitales de especialidades)*Jaén-Córdoba.*

- H.S.S. de Jaén.
- Ciudad Sanitaria "Reina Sofía".

Comarcas Hospitalarias (Hospitales de 1.º nivel)*Linares-Andújar-Santisteban del Puerto.*

- H.S.S. de Linares.

Ubeda-Cazorla-Beas de Segura.

- H.S.S. de Ubeda.

Jaén.

- H.S.S. de Jaén.

Lucena-Cabra.

- H.S.S. de Lucena.

Norte de Córdoba.

- H.S.S. de Pozoblanco.

Córdoba-Montoro.

- Ciudad Sanitaria "Reina Sofía".
-

Región Hospitalaria (Hospitales de especialidades)*Málaga.*

- H.S.S. de Málaga.
- Hospital Clínico de Málaga.

Comarcas Hospitalarias (Hospitales de 1.º nivel)*Antequera.*

- Hospital de Antequera.

Ronda.

- Hospital de Ronda.

Marbella.

- Hospital de la Costa Occidental (*).

Vélez-Málaga.

- H.G.B. de Vélez-Málaga (*).

Málaga.

- H.S.S. de Málaga.
 - Hospital Clínico de Málaga.
-

(*) Hospitales en proyecto o en construcción; junio de 1986.

Región Hospitalaria (Hospitales de especialidades)*Sevilla-Huelva.*

- Residencia Sanitaria "Manuel Lois".
- Hospital Universitario de Sevilla.
- Hospital "Ntra. Sra. de Valme".
- Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío".

Comarcas Hospitalarias (Hospitales de 1.º nivel)*Aracena-Valverde del Camino.*

- H.S.S. de Riotinto.

Ayamonte-Bollullos-Huelva.

- Hospital de la Diputación "Infanta Elena".
- Residencia Sanitaria "Manuel Lois".

Ecija-Osuna.

- Hospital de Osuna (*).

Constantina-Utrera-Morón-Sevilla.

- Hospital "Ntra. Sra de Valme.
- Hospital Universitario.
- Hospital "San Lázaro".
- Ciudad Sanitaria "Virgen del Rocío".

(*) Hospitales en proyecto o en construcción; junio de 1986.

En los dos últimos años se ha realizado parte del Proyecto, recogido en el cuadro XIII, con la ampliación de hospitales ya en funcionamiento y la apertura de nuevos centros.

Estaba en construcción en el otoño de 1986 el Hospital Comarcal de Motril, y en proyecto: Hospital Costa Occidental de Málaga; nuevo hospital "Manuel Lois" de Huelva; Hospital Comarcal de Osuna; traslado de los Hospitales Provinciales de Cádiz y Málaga a los nuevos Hospitales Universitarios; ampliación del Hospital Comarcal de Antequera; y la ordenación de las funciones del Hospital Provincial de Jaén.

Las Regiones Hospitalarias poseen una densidad de población \bar{x} de 95,8 hab./km², aunque, como muestra el cuadro XIV, hay apreciables diferencias entre ellas.

Asímismo los centros hospitalarios poseen una centralidad respecto a la población a la que atienden y a su lugar de residencia expresada en distancia-tiempo (fig. n.º 6).

CUADRO XIII
AMPLIACION DE RECURSOS DE LA RED HOSPITALARIA ANDALUZA.
1984-JUNIO DE 1986

Centros	Ampliación	Apertura	Total camas por centro
<i>Almería</i>			
H.S.S. "Torrecárdenas"	216	—	600
H.S.S. de Huércal-Overa	—	125	125
<i>Cádiz</i>			
H.S.S. de Cádiz	246	—	600
H.S.S. de Algeciras	34	—	264
H.S.S. de La Línea	56	—	197
<i>Córdoba</i>			
H.S.S. de Pozoblanco	—	150	150
H.S.S. de Cabra	67	—	221
<i>Granada</i>			
H.S.S. de Baza	—	250	250
<i>Huelva</i>			
H.S.S. de Riotinto	—	125	125
H.S.S. "Infanta Elena"	—	360	360
<i>Jaén</i>			
H.S.S. de Jaén	313	—	650
<i>Málaga</i>			
H.S.S. de Vélez-Málaga	—	250	250
<i>Sevilla</i>			
H.S.S. "Ntra. Sra. de Valme"	400	—	600
ANDALUCIA	1.332	1.260	—

Fuente: *Hospitales y Asistencia Especializada en Andalucía*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.

CUADRO XIV
RELACION POBLACION-SUPERFICIE EN LAS REGIONES HOSPITALARIAS

	Población 1984	Superficie (km ²)	Densidad
Granada-Almería	1.221.569	21.483,4	57
Córdoba-Jaén	1.398.335	27.275,3	51
Sevilla-Huelva	1.957.074	23.847,3	82
Málaga	1.132.628	8.203,0	138
Cádiz	976.032	6.443,0	151

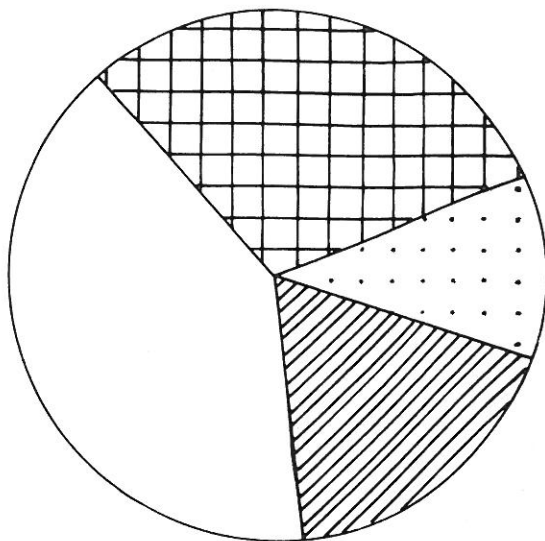
Fuente: Proyecto de Reforma Sanitaria de la Junta de Andalucía.

Figura n.º 6

Resumen de accesibilidad en Andalucía de los hospitales de referencia.

Fuente: Junta de Andalucía.

ISOCRONA	POBLACION AFECTADA 1-984	% POBL.
< 20'	1.189.049	32
20' - 40'	1.420.709	38
40' - 60'	749.423	20
> 60'	336.376	10



3.3. La red de Asistencia Primaria

La red hospitalaria, de la que hemos visto sus rasgos principales, es el vértice de una pirámide asistencial que tiene su base en la Asistencia Primaria a la salud, que posee una componente territorial más fuerte que la anterior, y es en 1986 el planteamiento más avanzado respecto a la salud en toda España.

La Asistencia Primaria en Andalucía se estructura actualmente en torno al Consultorio de medicina general, el Ambulatorio de especialidades y las Casas de Socorro del medio urbano.

A la espera de llevar a cabo la reforma en este sector, la Junta de Andalucía efectuó una serie de modificaciones en el sistema asistencial primario:

- El consultorio, basado en las consultas del médico de cabecera, ha seguido cumpliendo como tal en todos los núcleos de población.

- Los ambulatorios pasan a atender las especialidades de dermatología, cirugía general, pulmón, traumatología, ginecología, urología, neuropsiquiatría, otorrinolaringología, toxicología y odontología. Funcionan a través de la “cita previa”, que mantiene al paciente en la lista de espera una media de 1,5 días. Además, se ha creado la “cartilla de largos tratamientos” para enfermos crónicos, que les evita repetidos desplazamientos para obtener recetas. En el cuadro XV se analizan las consultas de especialidades en Andalucía durante 1985⁴.

CUADRO XV
CONSULTAS DE ESPECIALIDADES EN ANDALUCIA EN 1985

	Ambulatorios de especialidades %	Hospitales de la RASSA y clínicos %	Total
Almería	470.329/86,75	71.832/13,25	542.161
Cádiz	980.984/80,64	235.462/19,36	1.216.446
Córdoba	645.527/79,15	170.096/20,85	815.623
Granada	755.151/63,22	439.456/36,78	1.194.607
Huelva	319.193/77,61	92.126/22,39	411.319
Jaén	477.017/68,60	218.435/31,40	695.452
Málaga	1.067.744/73,31	388.715/26,69	1.456.459
Sevilla	1.706.104/71,34	685.531/28,66	2.391.635
ANDALUCIA	6.422.049/73,62	2.031.653/26,38	8.726.702

Fuente: *Hospitales y Asistencia Especializada en Andalucía*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1986.

Las consultas en asistencia primaria quedan resumidas en el cuadro XVI.

El objetivo prioritario en estos momentos es la ampliación de la duración media de las consultas hasta 10-15 minutos, tiempo aconsejado por la O.M.S.

4. En Andalucía funcionan los siguientes ambulatorios:

- ALMERIA: Almería, Albbox, El Ejido, Huércal-Overa.
- CADIZ: Cádiz, Algeciras, San Fernando, Chiclana, Jerez, Sanlúcar de Barrameda, Puerto de Sta. María, Villamartín, La Línea.
- CORDOBA: Córdoba (Avda. de América, Ntra. Sra. de la Fuensanta, Sta. Victoria), Cabra, Lucena, Peñarroya, Puente Genil, Pozoblanco, Montilla.
- GRANADA: Granada (La Cartuja, Gran Capitán), Baza, Guadix, Loja, Motril, Zaidín.
- HUELVA: Huelva (Virgen de la Cinta).
- JAEN: Jaen, Alcalá la Real, Andújar, Linares, Ubeda, Villacarrillo.
- MALAGA: Málaga (S. José Obrero, José Estrada), Marbella, Antequera, Ronda, Vélez-Málaga.
- SEVILLA: Sevilla (Dr. Fleming, Ntra. Sra. de los Reyes, María Auxiliadora, San Jerónimo, Virgen del Rocío), Osuna, Dos Hermanas, Ecija, Alcalá de Guadaira, Morón de la Frontera.

CUADRO XVI
MEDIA DE CONSULTAS EN ASISTENCIA PRIMARIA SEGUN ESPECIALIDADES

	\bar{x} días de espera	\bar{x} consultas día	\bar{x} minutos consulta	% revisiones	Frecuentación poblacional protegida	Frecuentación poblacional
Digestivo	1,30	15,58	8,72	56,00	7,37	7,02
Endocrino	1,41	19,76	6,92	63,56	3,08	2,93
Pulmón y Corazón	1,42	21,66	6,31	54,09	9,75	9,29
Cirugía	1,20	11,73	11,57	49,01	5,44	5,18
Oftalmología	1,65	25,98	5,13	43,87	11,63	11,07
O.R.L.	1,33	20,90	6,57	39,09	9,36	8,87
Traumatología	1,74	36,83	3,82	49,96	16,77	15,97
Urología	1,40	19,78	6,79	54,64	5,05	4,81
Dermatología	1,45	24,51	5,57	32,30	6,10	5,80
Odontología	1,69	26,75	4,70	21,42	6,16	5,87
Ginecología	1,50	17,09	8,18	51,95	4,40	4,19
Tocología	1,26	18,07	7,23	63,61	3,37	3,18
Neuropsiquiatría	1,57	16,84	7,97	59,06	4,43	4,22
TOTAL	1,49	21,43	7,64	92,85	88,41	—

Fuente: *Hospitales y Asistencia Especializada en Andalucía*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 1986.

El proyecto de reforma de la Asistencia Primaria dibuja en su totalidad el mapa asistencial andaluz, y propone no sólo un cambio en la ubicación y la forma de los servicios, sino también una variación en los criterios en que se fundamenta. El gran incremento que han sufrido los costes de la atención sanitaria, en relación con la sofisticación del sistema, sin que paralelamente se hayan producido cambios importantes en el nivel de salud de la población, ha llevado a un replanteamiento en la organización de la atención a la salud.

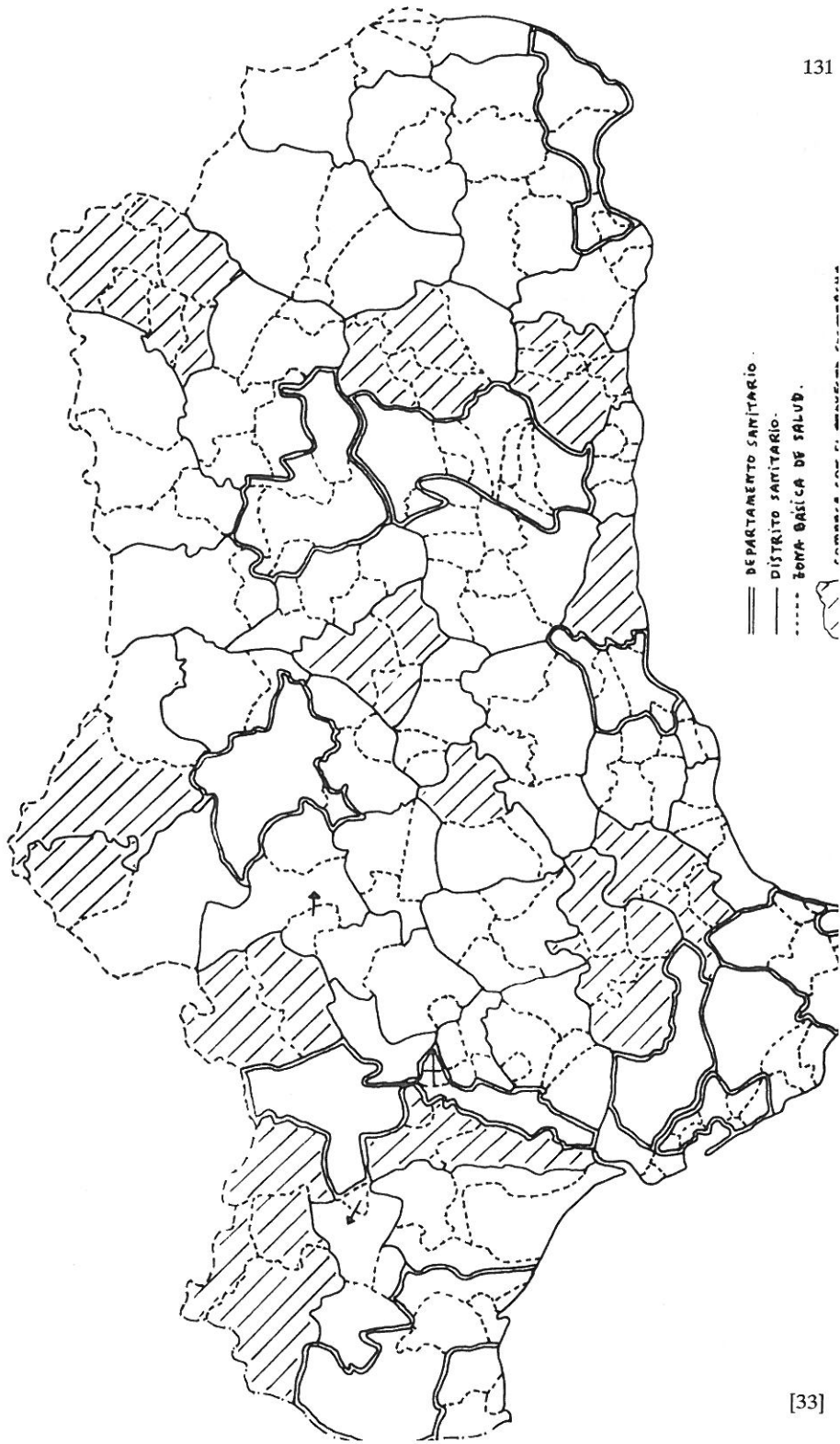
Dicha reordenación se basa en la potenciación de la atención sanitaria de primer nivel —Atención Primaria de Salud—, donde deben resolverse el 80 % de las demandas sanitarias de la población. Se modifican asimismo las modalidades de relación entre los facultativos y la población atendida. Se debe pasar de la asistencia exclusiva sobre el enfermo y la enfermedad a la búsqueda del estado de salud; la atención a la comunidad y el entorno del enfermo, apoyando la plena participación de aquella en la gestión de los servicios sanitarios, lo que exige la descentralización de los recursos y su máxima accesibilidad; la actuación de un equipo interdisciplinar que, además de su labor de curación del enfermo, se dedique a la investigación y a la formación continuada.

La Asistencia Primaria a la Salud se estructura en forma piramidal desde las pequeñas aldeas a los Distritos Sanitarios, con un desarrollo paralelo de unidades administrativo-asistenciales y territoriales cartografiadas en la fig. n.º 7.

Figura n.º 7

Resumen de accesibilidad media de los Centros de Salud.

Fuente: Junta de Andalucía.



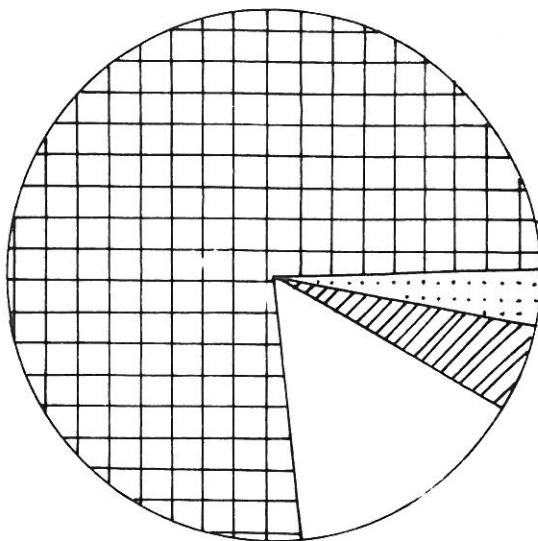
El ámbito de referencia fundamental es la Zona Básica de Salud (Z.B.S.), centro de actuación del Equipo de Atención Primaria. Su área de influencia poblacional oscila entre 5.000 y 25.000 habs., dependiendo de la densidad del espacio en que se encuentre. Agrupa a uno o varios municipios de una o dos provincias, a un solo municipio, o a un distrito de una ciudad, siempre siguiendo el criterio de la población atendida, de la que un 90 % se encontrará como máximo a una distancia de 30 minutos del centro. Su demarcación se realiza, con algunas modificaciones, siguiendo los ámbitos comarcales, así como la opinión de sus habitantes. En cada Z.B.S. se encuentra un Centro de Salud (M-II), situado en el núcleo de población que conjuga criterios de mayor accesibilidad, intensidad de flujos naturales y densidad de población. El esquema de accesibilidad de las Z.B.S. se expone en la figura n.º 8.

Figura n.º 8

La Pirámide Asistencial en Andalucía.

Fuente: Junta de Andalucía.

ISOCRONA	POBLACIÓN AFECTADA 1.984	% POBL.
< 10'	2.845.634	76
10' - 20'	583.196	16
20' - 30'	207.403	5
> 30'	99.290	3



Por encima de la Z.B.S. está el Distrito de Atención Primaria o Distrito Sanitario, constituido por la suma de varias Z.B.S., y que debe ser autosuficiente para la resolución de las necesidades del espacio que administra. Tiene su equivalente en los Departamentos Sanitarios, que agrupan a los distritos en que han sido divididas las ocho capitales provinciales, Jerez de la Frontera y Algeciras-La Línea, abarcando las Z.B.S. rurales dependientes de ellos. El escalón superior es el Nivel de Atención especializada en régimen hospitalario ya analizado.

Al mismo tiempo la Z.B.S. se subdivide en unidades asistenciales emplazadas en los núcleos de población más pequeños, dando lugar a la infraestructura sanitaria básica. Así, el Consultorio Local (M-I) se inscribe en las cabeceras municipales con más de 1.500 habs. que se encuentran a más de 15 minutos del municipio (M-II) del que dependan.

El último escalón lo constituye el Consultorio Auxiliar (M.O.) de los núcleos de población aislada o anejos municipales, a los que se desplazarán los profesionales sanitarios durante unas horas al día para la realización de sus tareas.

Salvo algunos casos, como por ejemplo en la Sierra, en Andalucía prima la población concentrada en núcleos urbanos, aunque éstos sean pequeños; por ello, la infraestructura básica comienza en el Consultorio Local. La Pirámide Asistencial se dibuja en la figura n.º 9.

4. INFRAESTRUCTURA FARMACEUTICA

La forma habitual de comprobar la cobertura farmacéutica de una zona es el criterio poblacional: farmacias/1.000 habs., considerándose que el óptimo está en un máximo de 4.000 personas por oficina de farmacia. En el caso andaluz, este requisito se cumple con creces. Tomando como ámbito-base para realizar los porcentajes las comarcas, encontramos que el máximo se da en El Ejido (Almería) con 3.909 habs./farmacia, y el mínimo en La Calahorra (Jaén) con 1.229 habs./farmacia.

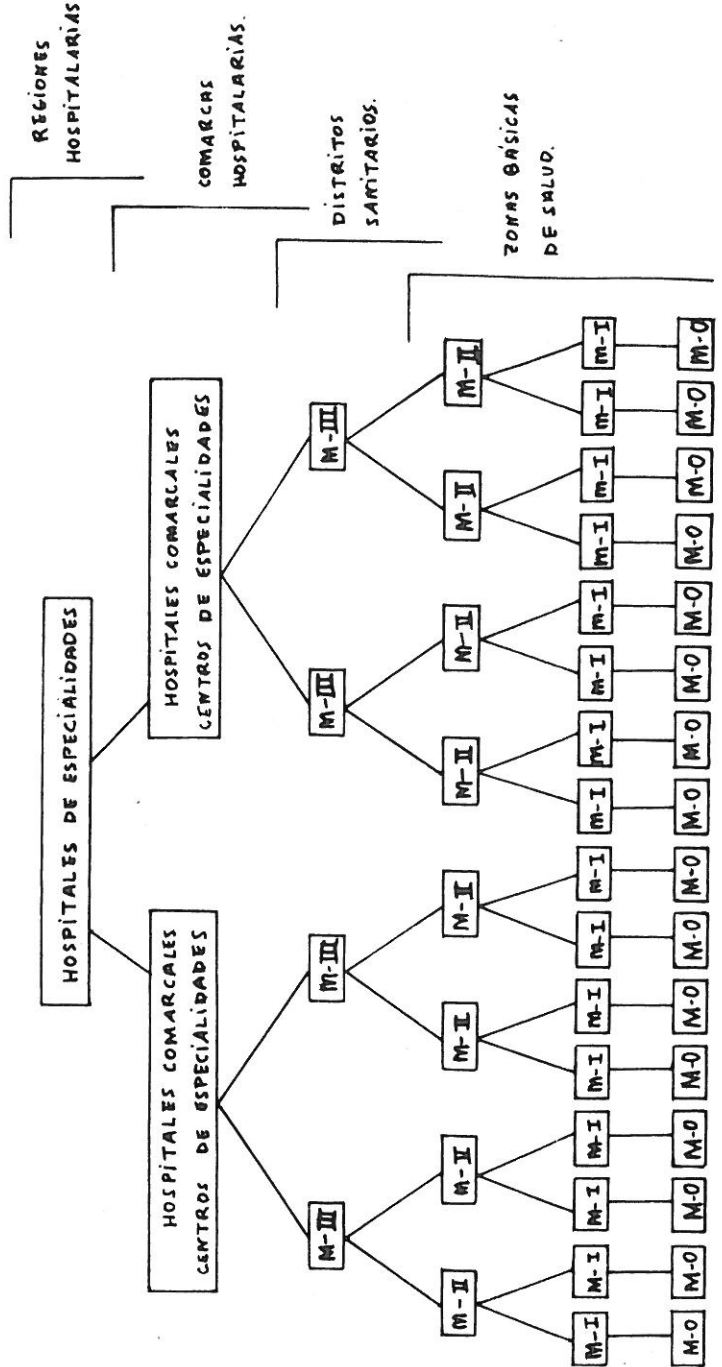
Por muy pequeño que sea un pueblo, casi siempre cuenta con su farmacia o "botica". Los estudios de farmacia han estado tradicionalmente unidos en la sociedad andaluza a las familias con renta suficiente para tener unos estudios superiores, y la de farmacéuticos ha sido una profesión heredada de padres a hijos titulares de la actividad familiar.

5. CONCLUSIONES

La infraestructura sanitaria de una región debe adaptarse en primer lugar a las características de la población a la que va a atender, y este es el giro que está tomando en el caso andaluz, circunstancia muy positiva en una zona que aún adolece de carencias estructurales importantes.

El proyecto de reforma de la red hospitalaria andaluza posee aspectos positivos derivados del mantenimiento de los flujos de población en comarcas naturales e históricas. Un ejemplo lo tenemos en la inclusión de las comarcas de Olvera y Ubrique (Cádiz) dentro de la comarca hospitalaria de Ronda (Málaga), resolviendo de este modo la artificialidad de la separación provocada por la administración provincial.

Figura n.º 9
 Proyecto de Sectorización de la Red de Asistencia Primaria en Andalucía.
 Fuente: Consejería de Salud. *Mapa de Atención Primaria...*, 1983.



Sin embargo, aún quedan zonas desprovistas o sin medios suficientes desde el punto de vista hospitalario, al menos relativamente y debido a las dificultades en las comunicaciones: la Sierra Norte de Sevilla y Huelva.

En el caso de Huelva, la comarca hospitalaria de Aracena-Valverde del Camino posee un hospital en Riotinto con un número de camas suficiente, pero su ubicación es excéntrica, con un sesgo hacia las zonas más pobladas de Nerva-Aracena en detrimento del cuadrante NO, menos poblado, pero también más aislado y desconectado.

En la provincia de Sevilla el problema sobre el mapa es la centralización total de los hospitales básicos en la capital o ciudades adyacentes a excepción de la comarca Osuna-Ecija. El argumento para no construir un hospital básico en la zona Norte es la dificultad de las comunicaciones, y será sustituido por un sistema de ambulancias, solución que se contrapone al fondo del problema. La concentración poblacional del Sur de Sevilla es fácilmente comunicable con la capital, pero aumentará la centralidad de los movimientos de los habitantes de la zona con el consiguiente desequilibrio en las dotaciones. Un motivo para concentrar los servicios hospitalarios en Sevilla capital es la utilización de los recursos ya existentes, muy numerosos y cuyo desaprovechamiento resultaría oneroso.

La división en comarcas hospitalarias de la región Sevilla-Huelva resulta así insuficiente, sobre todo en comparación con otras regiones hospitalarias como Málaga que, con menos población, está formada por cinco comarcas repartidas de un modo equilibrado.

La red de asistencia primaria se adapta totalmente a una división del territorio andaluz efectuada según las cualidades de aquél. Supone desde el punto de vista geográfico y también desde la óptica de la salud un precedente a seguir fuera de Andalucía, y dentro de ella para la ordenación de otros recursos.

Toda modificación del sistema asistencial debe considerar, junto a las apreciaciones de los técnicos, la opinión de los usuarios. Un ejemplo de las discrepancias entre ambos criterios lo tenemos en los conflictos registrados con los vecinos de Guadix (Granada) ante su incorporación a la comarca hospitalaria de Baza, al preferir desplazarse hasta Granada capital. Los usuarios de un servicio tienden a solicitarlo en un lugar central en el que, al mismo tiempo, puedan satisfacer otras demandas, y este es el caso de la preferencia por la hospitalización en Granada, ciudad mejor comunicada y donde los familiares del enfermo encuentran facilidades de alojamiento. Este tema cabe plantearlo desde los presupuestos de la geografía de la percepción.

El Plan de ordenación de la red asistencial andaluza se basa en el sistema de ciudades proyectado por la Junta de Andalucía, que divide la región en 125 subcomarcas. Cabe preguntarse si la reordenación de los movimientos de población, en este caso hacia los servicios sanitarios, se contrapone al desarrollo que esos mismos movimientos tendrían en caso de no ser modificados.

Vivimos un momento de casi total parálisis en las migraciones intrarregionales provocado por la prolongada crisis económica. Esta circunstancia supone una oportunidad para reorganizar y reestructurar el espacio andaluz buscando un desarrollo equilibrado en el que los equipamientos, y entre ellos la asistencia sanitaria, son fundamentales.

FUENTES

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA: Censo de 1981; Anuarios Estadísticos, 1982-86.

JUNTA DE ANDALUCIA. Consejería de Salud.

BIBLIOGRAFIA

CANO GARCIA, Gabriel: "Unidad y diversidad de la geografía andaluza". *Revista de Estudios Andaluces*, n.º 1 (1983), págs. 9-22.

FERIA TORIBIO, José M.ª: "El sistema urbano andaluz: cuestiones metodológicas y problemas de información". *Revista de Estudios Andaluces*, n.º 3 (1984), págs. 125-144.

HOSPITALES y Asistencia Especializada en Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1986.

JORDA BORREL, *Dinámica y distribución recientes de la población andaluza*, Sevilla, I.D.R., 1984, 80 pp.

LOPEZ LARA, Enrique: *Accesibilidad por carretera en Andalucía*. Tesis de Licenciatura, inédita, 1986.

MAPA de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Dirección General de Asistencia Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1985.

MAPA Farmacéutico Andaluz. Colegio Oficial de Farmacéuticos. Sevilla, 1980.

MARCHENA GOMEZ, Manuel: *Proyecto de Sectorización de la Asistencia Psiquiátrica en Sevilla*. Diputación de Sevilla, 1983.

PICHERAL, Henri: *Espace et Santé. Géographie médicale de la France*. Université Paul Valéry. Montpellier, 1976.

PLAN Económico para Andalucía, 1984-86. Junta de Andalucía, 1983.

RACIONERO, Luis: *Sistemas de Ciudades y Ordenación del Territorio*. Alianza Editorial. Madrid, 1978.

SITUACION y Futuro de la Red Hospitalaria de Andalucía. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 1984.