

Competencias transferidas a la Comunidad Autónoma Andaluza en materia Sanitaria *

1. Introducción

El artículo 149.1.º en su apartado 16.º de nuestra Constitución atribuye competencias exclusivas al Estado en materia de sanidad exterior, y en la determinación de las bases y coordinación general de la sanidad; disponiendo el art. 148.1.21 de la Constitución que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de Sanidad. Este reparto competencial queda resuelto en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, por el art. 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía —Ley Orgánica 6/1981, de 30 de Diciembre—, que establece que “corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de Sanidad interior”, notando el párrafo 4.º del mismo artículo recién citado, que se reserva al Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de las funciones y competencias contenidas en el mismo.

En este complejo marco legal y competencial se ampara y desarrolla el proceso de traspaso de las competencias en materia de Sanidad de la Administración Estatal a la Autonómica, que se formaliza básicamente a través de tres normas de transferencia básicas: Real Decreto 1118/81, de 24 de Abril, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de sanidad, Real Decreto 400/1984, de 22 de Febrero sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, y Real Decreto 1713/85, de 1 de Agosto, sobre traspaso de competencias, funciones y servicios a la Junta de Andalucía en materia de Sanidad (AISNA).

Con este informe se pretende ofrecer una pronta y fácil visualización de cuáles son las funciones, servicios y medios personales, patrimoniales y presupuestarios de los que está dotada la Administración Andaluza, que habilitan el ejercicio de las competencias asumidas y el diseño de una política autonómica sanitaria, adecuada a las necesidades reales de Andalucía.

* Informe elaborado por el Servicio de Legislación y el Gabinete de Prensa de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

Desde el punto de vista metodológico hemos optado por contemplar la asunción de las competencias y la administración que de las mismas se ha ejercido, en torno al reparto competencial que en orden a los criterios de especialidad se registra en la Consejería de Salud y Consumo, en virtud del Decreto 5/1985, de 25 de Febrero, sobre la Estructura Orgánica de la Consejería, siempre claro está referido exclusivamente a la materia sanitaria. A su tenor podemos delimitar el trabajo dividido en tres aspectos:

- Balance de las competencias asumidas por la Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud.

- Balance de las competencias asumidas por la Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas.

- Administración y gestión de las competencias transferidas y creación de nuevos servicios.

Como cuestión previa y a fin de comprender oportunamente el informe que se presenta, es conveniente puntualizar los siguientes extremos:

- Que a la vista de las competencias sanitarias contenidas en el Estatuto de Autonomía para Andalucía, es posible afirmar que se trata de un proceso de descentralización no uniforme. Atendiendo al aspecto institucional, es posible dividir las competencias en dos grupos, las cedidas por el Estado y las procedentes de la Seguridad Social, es decir, el INSALUD. Las primeras han sido traspasadas a la Comunidad Autónoma Andaluza en virtud del Real Decreto 1118/81, concediendo las competencias exclusivas sobre las mismas, y del Real Decreto 1.713/85, por el que se transfiere el AISNA. En materia de AISNA, y fruto del estudio de situación de las instalaciones de dicha Institución efectuadas por esta Consejería, se desveló el carácter oscurantista, la poca transparencia funcional existente y la posibilidad de que fueran transferidos importantes déficits con esta materia. Como consecuencia de ello, fue solicitada una auditoría. Tras estos pasos y saneando los déficits previos, fueron admitidas las competencias en fecha reciente. Aún está previsto la ampliación de competencias en materia de Salud Pública (Plan de prevención de Subnormalidad, Sanidad Exterior...). Por lo que respecta al INSALUD la asunción de las funciones se reducen a nivel de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado. La transferencia del Instituto Nacional de la Salud a la Comunidad Autónoma de Andalucía ha sido el más importante paquete de servicios y funciones traspasado a lo largo de la construcción del Estado de las Autonomías.

- Que el balance que se aporta es relativo a la gestión de las funciones y servicios transferidos con ocasión del R. Decreto 400/84, de 22 de Febrero al crearse la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social de Andalucía, para que administre los bienes y servicios pertenecientes al INSALUD en Andalu-

lucía. Por otra parte es necesario admitir que este Ente Andaluz de Salud tiene carácter transitorio hasta tanto no se constituya como organismo autónomo dependiente de esta Consejería el Servicio Andaluz de Salud, que en el futuro asumirá la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud, dependientes de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

- Que este esquema puesto en evidencia coincide en rigor con el Proyecto de Ley General de Sanidad que se pronuncia claramente por un Servicio Nacional de Salud (por la vía del art. 43 de la Constitución), y estructurado de la siguiente forma: Servicio Central de Salud (o Servicio de Salud de la Administración del Estado) y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Por otra parte, esta operación uniformizadora reviste algunas características especiales en los aspectos concretos de financiación, cualquiera que sea el resultado final con respecto a las competencias. El procedimiento de financiación de los servicios transferidos a las Comunidades Autónomas está regulado por la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas. No obstante del sistema de la LOFCA es preciso observar una primera característica, de no uniformidad, hoy ya existente, en el procedimiento de financiación de las competencias sanitarias estatales que han sido transferidas.

Ahora bien, en síntesis, este sistema consiste en establecer dos períodos: el transitorio y el definitivo. La diferencia entre los períodos transitorio y definitivo se halla en la forma de determinar el porcentaje presupuestario. En el período definitivo, al que aún no hemos llegado, éste se fijará sobre las bases del coeficiente de población, del esfuerzo fiscal y la inversa de la renta real por habitantes, entre otros. En el período transitorio, en el que se halla la Comunidad Autónoma Andaluza sometida al sistema LOFCA, el porcentaje de participación se ajusta al llamado "principio de compensación" del coste efectivo de los servicios transferidos, lo que incluye los servicios sanitarios procedentes del Estado, situación financiera y presupuestaria que vincula la actuación de la Comunidad Autónoma.

- Por último, hacer notar que la labor prioritaria y preferente que requirió la gestión de las transferencias asumidas, implicó previamente el estudio de planificación y homogeneización territorial de los servicios sanitarios. Las cifras obtenidas sobre la anárquica prestación del servicio sanitario en Andalucía favorecería la reflexión de adoptar medidas drásticas para corregir la tendencia y homogeneizar los recursos con objeto de conseguir que todos los ciudadanos andaluces tengan los mismos derechos y las mismas oportunidades.

A modo de corolario manifestar que el informe pretende hacer balance de los servicios y funciones desarrollados en orden a la prestación sanitaria de la Seguridad Social, poniendo de relieve las innovaciones legislativas y estructurales que han contribuido a ejercer una política sanitaria acorde con las reales necesidades, con un resultado de eficacia netamente superior al producido con anterioridad a la transferencia del Estado. En definitiva, se ofrecen los datos que exteriorizan una mayor capacidad de gestión.

II. Balance de las competencias asumidas por la Dirección General de Atención Primaria y Promoción de la Salud

La reforma de la atención primaria en Andalucía se asume desde los planteamientos de la Conferencia de Alma-Ata en 1978, en base a una reordenación de los recursos para conseguir "Salud para todos en el año 2000". Demostrado con la experiencia que los altos niveles de sofisticación del sistema sanitario no han aumentado proporcionalmente los niveles de salud de la población, y con la constatación de que la crisis económica generalizada ha limitado los recursos sanitarios, se hace necesario un planteamiento global de reordenación de dichos recursos desde la perspectiva de un concepto de Salud que, no sólo se basa en la asistencia en la enfermedad, sino que amplía la atención a la comunidad desde la perspectiva de la promoción y preservación de la Salud como un bien comunitario, a defender desde una posición activa.

Desde estos planteamientos, se inicia en Andalucía la implantación de un nuevo sistema de atención primaria, tras la confección de un mapa planificador que tiende a la eliminación de las desigualdades entre comarcas andaluzas o entre el medio rural y el urbano y que prevé en 1990 la puesta en marcha de 62 Distritos Sanitarios y 337 Zonas Básicas de Salud.

Los Centros de Atención Primaria, concebidos de manera integrada en una red escalonada y progresiva de servicios que, desde el consultorio y el centro de salud, encuentran su máximo nivel de especialización en los hospitales, suponen a nivel primario la resolución del 80 % de las demandas sanitarias de los ciudadanos sin salir de su ámbito vital y de su comarca. La asistencia y la atención sanitaria en estos centros viene esencialmente definida por ese nuevo concepto de salud como un bien a preservar y a defender activamente por parte de la propia comunidad.

Las características de este nuevo sistema pueden formularse de la siguiente forma:

a) Atención integral.

Ello en dos sentidos, en el del concepto integral de la salud, que recoge aspectos inusuales en planteamientos sanitarios generalizados, tales como la salud medio-ambiental, salud laboral, educación y promoción de la salud, etc.; y en la consideración de la salud desde el punto de vista comunitario, por encima de planteamientos exclusivamente individuales.

El nuevo modelo pone su atención sobre la comunidad y el entorno, frente a la individualidad del sujeto aislado y añade una concepción integral al considerar individuo y colectividad como elementos interrelacionados expuestos a los factores sociales y ambientales del medio en que se desenvuelven. La pretensión, a través de este tipo de atención, es el de la consecución del "estado de salud" de la comunidad.

b) Equipos integrados de atención primaria.

Los profesionales que llevan a cabo la reforma de la atención primaria forman parte de un equipo multidisciplinar e integrado alrededor del Distrito sanitario y de la Zona Básica de Salud. Por primera vez en España, profesiones no tradicionalmente sanitarias —como psicólogos, asistentes sociales, etc.— se integran en actividades sanitarias de manera generalizada. Su papel en los equipos de atención primaria viene determinado por el Decreto que regula la reforma en Andalucía y que ya se ha puesto en funcionamiento en comarcas como la Alpujarra granadina o la Axarquía malagueña.

Tal entrada de profesionales multidisciplinarios en la puesta en marcha de la reforma a nivel primario asegura la atención integral a la salud y el desarrollo de actividades de atención sanitaria de un campo mucho más amplio.

En este sentido y para favorecer la entrada de estos nuevos profesionales extrasanitarios en el campo de atención a la salud, instituciones creadas por la Consejería de Salud y Consumo como la Escuela Andaluza de Salud Pública abren sus aulas para su formación.

El funcionamiento de los centros de salud también viene determinado por la labor en equipo, con sesiones de trabajo por grupos, actividades de formación continuada, etc., que redundan en beneficio del usuario y de los propios profesionales, en cuanto sus actividades ven un reflejo comunitario.

c) Acercamiento de los medios Sanitarios a la población.

La concepción de los Servicios Sanitarios como una red escalonada y progresiva permite planificación de los recursos bajo criterios de proximidad de los medios Sanitarios al usuario.

La base equilibradora de la reforma de la atención primaria es la compensación de las diferencias endémicas en la sanidad española, que centraban los recursos en el medio urbano en detrimento de la población rural; los habituales desplazamientos de los pacientes del ámbito rural a las ciudades, para cualquier atención sanitaria que excediese de las posibilidades del médico rural, se palia en la actualidad con un doble mecanismo:

- el enriquecimiento de los servicios en los Centros de Salud y la puesta en marcha de dichos centros sanitarios de primer nivel en una tupida red de centros, consultorios, etc., que cubre prácticamente todo el medio rural andaluz con servicios de medicina general, programa materno-infantil y todos aquellos que no requieran atención especializada de nivel medio.

- la movilidad de los servicios, de manera que los desplazamientos, que hasta ahora seguían siendo "patrimonio" exclusivo de los usuarios del sistema sanitario, sean ejecutados por los equipos de asistencia más especializada.

Ejemplo de ello es el programa de transporte de muestras que se lleva a cabo a través de 137 puntos de extracción de sangre en la localidad, residencia o

consultorio habitual. Así "viaja la muestra", evitando desplazamientos al 45 % de la población rural en la primera fase del programa que finaliza en 1985.

Asimismo, y en cuanto a atención especializada en el nuevo sistema de atención primaria, el Centro coordinador del Distrito centraliza los Equipos de Apoyo Específico que, entre otras actividades, complementan a los Equipos de Atención Primaria destinados en el Centro de Salud, a través de un sistema de interconsultas rotatorias por consultorios locales y en consultas periódicas que evitan los viajes de los pacientes.

d) Educación y Participación Comunitaria.

La búsqueda de una posición activa por parte del usuario de los medios sanitarios, una vez entendida la salud como un concepto global, que alcance más allá del inicio de la enfermedad, se desarrolla en un doble sentido:

— A través de los programas de educación para la salud, el ciudadano se ve vinculado a la defensa de su salud como un bien a preservar desde todos los ámbitos de su vida: escuela, trabajo, hogar, medioambiente, dietética, ocio, etc.

Poniendo en práctica la participación comunitaria, a través de los mecanismos creados al efecto: los Consejos de Salud, órganos de carácter consultivo en el Distrito de Atención Primaria cuya composición y funciones se determinarán oportunamente, según establece el Decreto 195/85 sobre Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía.

A finales de 1985, tres Distritos de Atención Primaria de Salud se han puesto en marcha en Andalucía. Se trata de los de las Alpujarras (Granada), la Axarquía (Málaga) y El Aljarafe (Sevilla) donde los primeros Equipos de Atención Primaria inician las actividades definidas en el citado Decreto 195/85:

- 1.1. Asistencia médico-quirúrgica en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias.
- 1.2. Programa de Salud materno-infantil.
- 1.3. Programa de Salud Escolar.
- 1.4. Programa de Salud Mental.
- 1.5. Programa de Salud Buco-Dental.
- 1.6. Programas de Enfermedades Crónicas.
- 1.7. Programas de Educación para la Salud.
- 1.8. Programas de Salud Laboral.
- 1.9. Programas de Rehabilitación y de Tercera Edad.
- 1.10. Programas de Sanidad Ambiental, incluidos:

a) La inspección e informe de los locales destinados a establecimientos públicos, mercantiles e industriales, siempre que su reconocimiento e inspección no corresponda a otra autoridad u organismo.

b) Inspección y realización de las actividades necesarias para el informe de aquellas situaciones ambientales con posible riesgo para la Salud, especialmente la contaminación atmosférica, de aguas y demás aspectos del medio ambiente y la vigilancia sanitaria del tratamiento de los residuos sólidos y las aguas residuales.

1.11. Programas de Ordenación e Higiene Alimentaria, incluida la inspección de establecimientos con ellas relacionados.

1.12. Programas de Participación de los Usuarios.

1.13. Programas de Vigilancia Epidemiológica y medidas para el control de situaciones de riesgo para la Salud Pública y la aparición de zoonosis transmisibles al hombre.

1.14. Programas de Ordenación Farmacéutica.

1.15. Investigación y docencia.

1.16. Planificación, organización, dirección y evaluación de los Servicios Sanitarios.

1.17. Colaboración con las demás Administraciones Públicas.

1.18. Todas aquellas otras que le sean encomendadas por los órganos competentes.

Paralelamente a estas tres comarcas en las que los primeros Equipos de Atención Primaria comienzan sus funciones de manera total, y de alguna forma experimental —por cuanto la experiencia de estos equipos servirá para mejorar la puesta en marcha de posteriores Distritos— numerosos centros de salud y consultorios están en funcionamiento durante este año en una paulatina generalización del nuevo sistema de atención primaria de Salud hasta llegar al 100 % de la población cubierta.

CALENDARIO PREVISTO HASTA 1990

Año	Area Rural		Area Urbana		% Población cubierta
	Distritos	Z.B.S.	Distritos	Z.B.S.	
1984	—	—	—	—	0
1985	10	40	3	25	18,52
1986	12	49	4	28	42,5
1987	4	14	2	20	52
1988	6	18	4	41	70
1989	6	18	5	50	90
1990	4	14	2	20	100
Total	42	153	20	184	100

III. Resumen de las disposiciones de carácter general en materia de atención primaria

La legislación sanitaria actual responde a la imbricación de dos modelos sanitarios gestados en la última centuria, existiendo en muchos casos una normativa contradictoria y obsoleta.

Es evidente que la implantación plena del modelo de un sistema sanitario público dependiente de una administración pública inmersa en una administración única y descentralizada, que alcance una cobertura universal y ofrezca una asistencia sanitaria de calidad y una atención integral de la salud con participación de la propia comunidad depende fundamentalmente de un marco legal estatal, que escapa de las posibilidades normativas de la Comunidad Autónoma y que contará entre ellas con 3 Leyes claves: La Ley General de Sanidad, la Ley de Bases de Régimen Local, la Ley de la Función Pública.

Aún sin estar promulgada la Ley General de Sanidad, que facilitará ostensiblemente la reforma, se puede avanzar en la consecución progresiva de transformación sanitaria, amparados en las competencias transferidas por los Reales Decretos 1.118/81, 400/1984, y 1.713/1985.

La aparición del Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero, y la normativa que lo desarrolla, aplicable a nivel del Estado, que define y regula los Centros de Salud como nueva estructura asistencial y de atención primaria, posibilita la reestructuración territorial y la creación de estos nuevos Centros así como la conformación de los Equipos Básicos de Atención Primaria.

Este Decreto y las competencias sanitarias transferidas será el punto de partida para el desarrollo legislativo que está abordando la Junta de Andalucía.

Por cuanto que en dicha materia la legislación básica ha quedado expresamente determinada por el Real Decreto 137/84: "... el presente Real Decreto establece principios normativos generales conforme a los cuales sea posible la creación y puesta en funcionamiento de las Zonas de Salud", le corresponde por tanto ahora a la Comunidad Autónoma Andaluza la organización y gestión de los Centros y Servicios de la asistencia sanitaria, creando las instituciones que juzgue necesario para ejercer su autogobierno, y en cumplimiento de la tarea encomendada se dictó el Decreto de Ordenación de los servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía, n.º 195/1985, de 28 de Marzo.

Por Real Decreto 147/1984, de 22 de Mayo se reguló la aplicación del citado Real Decreto 137/1984 a la Comunidad Autónoma de Andalucía, siendo desarrollado por distintos órdenes.

Un segundo paso de este proceso de Reforma Sanitaria Rural, lo constituye la creación de Distritos Sanitarios de Atención Primaria. La principal cuestión que se suscita es la determinación de su naturaleza, toda vez que según se le otorgue un carácter u otro, va a tener un tratamiento distinto y unos efectos diferentes.

En este sentido, puede afirmarse que los Distritos Sanitarios de Atención Primaria no tienen el carácter de entes territoriales, al faltarle las notas definidoras de los mismos (generalidad de sus potestades, universalidad de sus fines y atribución de poderes públicos superiores), viniendo a constituir la delimitación de un área geográfica a los sólo efectos de organización de la asistencia sanitaria; en concreto, los Distritos Sanitarios serán el ámbito geográfico que delimita el ejercicio de las competencias del ente público gestor de los servicios sanitarios en esa demarcación territorial.

Esta cualificación de los Distritos Sanitarios como entes de carácter no territorial, va a tener como principal efecto el no sometimiento, en cuanto a su constitución y ordenación, a la Ley 3/1983, de 1 de Junio, de Organización Territorial de la Comunidad Autónoma, reguladora de la ordenación, competencias y articulación de los entes de carácter territorial.

En líneas generales, el Decreto que comentamos supone una anticipación a las previsiones que respecto a la estructuración del sistema sanitario se contienen en el Proyecto de Ley General de Sanidad, lo cual permitirá poner en marcha, transitoriamente y hasta que la entrada en vigor de la Ley se produzca, una ordenación sanitaria del territorio de la Comunidad Autónoma que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución, así como una fácil adaptación posterior de aquella ordenación a la prevista en la Ley.

En cuanto a las innovaciones organizativas y metodológicas aportadas por el Decreto de referencia, merecen destacarse las siguientes:

1.º Se establece el nuevo modelo organizativo de la atención primaria de la Salud, que partiendo de una concepción integral de la Sanidad delimita las siguientes demarcaciones territoriales: la Zona Básica de Salud y el Distrito de Atención Primaria; fijados teniendo en cuenta la proximidad de los servicios a los beneficiarios y la gestión descentralizada y participativa.

2.º Del artículo segundo al duodécimo, se desarrolla la estructura de la Zona Básica de Salud, partiéndose en el artículo segundo de su definición, como marco territorial elemental de la atención primaria de Salud, a la que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención y asistencia, en el mismo sentido que lo establecido en el mencionado Real Decreto 137/84. Asimismo se determina qué ámbito poblacional abarca cada Zona Básica que delimita a su vez una Zona médica.

A continuación se regulan los Centros de Salud como estructura física y funcional de las Zonas de Salud, con carácter de institución abierta, en el que desarrollarán sus actividades el Equipo Básico de Atención Primaria que se configura como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que de forma coordinada puedan ofrecer un sistema sanitario idóneo a la población; en dichos equipos se integrará personal que pertenece a tres situaciones de origen:

1. Personal sanitario de la Seguridad Social, que se incorpore mediante concurso restringido.

2. Funcionarios locales, que se integren mediante oferta de incorporación o permuta (Disposición transitoria Cuarta del Real Decreto 137/1984).

3. Personal sanitario y no sanitario que se incorpore "ex novo".

Dado el carácter de Institución Jerarquizada de los Centros de Salud, se le dotan de unos Organos de Gobierno, regulados en este Primer Capítulo, que son: El Director del Centro, del que dependerá funcionalmente todo el personal adscrito al mismo, y el Adjunto de Enfermería, que asumirá la responsabilidad del Personal de Enfermería y Auxiliar de Clínica.

3.º El Capítulo II del Decreto sobre Ordenación de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Salud en Andalucía se dedica a regular el Distrito de Atención Primaria de Salud.

El Distrito de Atención Primaria de Salud se configura como una demarcación intermedia entre la Zona de Salud (creada por Real Decreto 137/1984, de 11 de Enero y regulada en el Capítulo I del Decreto que comentamos) y el Area de Salud cuya futura creación prevé el proyecto de Ley General de Sanidad.

Si bien la demarcación geográfica a que nos referimos no está prevista en el Proyecto de Ley General de Sanidad, ello no es obstáculo para su creación por la Comunidad Autónoma de Andalucía, ya que a ésta —por virtud de las competencias asumidas en su Estatuto de Autonomía— le corresponde la ordenación sanitaria de su territorio.

Las competencias de dirección y gestión de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, en el ámbito del Distrito, serán asumidas por la Junta de Administración y el Director del Distrito.

4.º Por otra parte, se configura el Consejo de Salud previsto en el artículo 20 y ss. del Decreto. Este será un órgano de participación con funciones de carácter consultivo, que se crea en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 20 del Estatuto de Autonomía, según el cual "la Comunidad Autónoma de Andalucía ajustará el ejercicio de las competencias que asuma en materia de Sanidad y Seguridad Social, a criterios de participación democrática de todos los interesados".

5.º Por último, en cada Distrito de Atención Primaria de Salud se constituye el Dispositivo de Apoyo Específico, integrado por el conjunto de medios personales y materiales destinados a prestar apoyo directo a los mismos.

Desarrolla funciones: preventivas, docentes, de investigación y asistenciales.

A fin de desarrollar puntualmente los problemas organizativos, régimen de personal, usuarios y de los Centros de Salud, casi de inmediato a la publicación del Decreto, se dicta por Orden de 2 de Septiembre de 1985 (B.O.J.A. n.º 90 de 19 de Septiembre) el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía, con el siguiente contenido: Título I: Disposiciones Generales; Título II: Funciones de los Centros de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud; Título III: del

Director del Centro de Salud; Título IV: Régimen de los Centros de Salud; Título V: Régimen de Personal, y Título VI: Régimen de usuarios.

— En desarrollo del Decreto 147/1984, de 22 de Mayo, se dicta la Orden de 9 de Julio de 1984, (B.O.J.A. de 27 de Julio de 1984) por la que se establecen normas sobre creación de Zonas de Salud, y a su tenor con posterioridad se aprueban dos órdenes de 15 de Octubre de 1984 (B.O.J.A. del 30 de Octubre) y de 21 de Junio de 1985 (B.O.J.A. del 2 de Julio) por las que se delimitan con carácter provisional, diversas Zonas de Salud; estableciéndose con carácter provisional 20 Zonas Básicas en la primera Orden, y 67 Zonas Básicas en la segunda Orden.

Otras novedades legislativas de interés son las siguientes:

1.º Decreto de fluoración de aguas potables de consumo público; 32/1985, de 5 de Febrero. Por el presente Decreto se procede a establecer, en una primera etapa, la obligación de fluorar las aguas potables de consumo público para aquellas empresas proveedoras y/o distribuidoras de las mismas que abastezcan a una población de más de 50.000 habitantes, siempre que los indicadores del nivel de fluoración de las aguas, así como los del estado de salud dental de la población no sean satisfactorias, previniéndose en un segundo momento, la extensión de esta obligación a las empresas abastecedoras de agua o poblaciones de menos de 50.000 habitantes cuyas aguas no reúnan los niveles de fluoración exigidos, ni el nivel de salud dental de la misma sea el adecuado.

2.º La Reforma sanitaria implantará el funcionamiento coordinado de los servicios con el fin de conseguir objetivos concretos y viables que gradualmente se irán estableciendo. El funcionamiento programado de las actividades y objetivos actuará como promotor de los servicios y posibilidades realizados y las metas adecuadas.

De entre los diferentes programas han sido priorizados por diferentes razones, los siguientes:

a) Programa de Salud Materno-Infantil. Declarado en el Decreto 219/1985, de 9 de Octubre, sobre Atención de la Salud Materno-Infantil.

b) En el programa de Salud Escolar, se determinó con carácter previo la creación de un Comité de Expertos (Orden de 24 de Septiembre de 1984) y el nombramiento de los miembros integrantes (Orden 29-11-84) culminándose con la promulgación del Decreto 47/85, de 3 de Abril (B.O.J.A. 19-4-85), en el que, a propuesta conjunta de las Consejerías de Salud y Consumo y de Educación y Ciencia, se establecen las acciones sobre salud escolar en los Centros docentes no universitarios, reordenando el examen de salud y el control sanitario del medio ambiente escolar, y potenciando la integración de la educación sanitaria en las escuelas.

c) Programa de Playas: Decreto 178/1984, de 19 de Junio, sobre vigilancia sanitaria y ambiental de las playas de Andalucía y Orden de 1 de Julio de 1985, por la que se aprueba el reglamento de señalización de playas.

d) Programa de Vacunaciones: Orden de 14 de Mayo de 1984, de puesta en marcha del programa de vacunación en Andalucía, que normativiza las actividades de los sanitarios frente a la práctica de la vacunación.

e) Programa de Planificación Familiar, reordenando la regulación de la concesión de subvenciones a Centros públicos de planificación (Orden 12-11-84) y haciendo efectiva la concesión de tales subvenciones (Orden 26-12-84).

IV. Balance de las competencias asumidas por la Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas

La asunción de las competencias del INSALUD en Andalucía posibilita a la Consejería de Salud y Consumo la definición del mapa hospitalario. La Junta de Andalucía se hace cargo, no sólo de la red hospitalaria del INSALUD, que integra una red única, la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía (RASSSA), sino también de aquellos centros procedentes del AISN, —también transferidos— y aquellos otros procedentes de otras administraciones públicas que conciertan o convengan con la Consejería.

Los objetivos marcados en el área de asistencia hospitalaria vienen determinados de manera general por la mejora de la calidad asistencial en la red hospitalaria andaluza que, actualmente, cuenta con 23 hospitales, a través de:

a. El desarrollo de una única red hospitalaria del sector público con la integración paulatina de centros pertenecientes a diversas instituciones: municipios, diputaciones, AISN, Clínicos y de Seguridad Social. Su pertenencia a una red integrada y pública rentabiliza los recursos de cara a un mejor Servicio, distribuye las necesidades y responde a ellas de manera coordinada.

b. Distribución más equitativa de los recursos existentes, bajo la premisa de una asistencia más cercana a la población. En este sentido, la elaboración y planificación de un mapa hospitalario de Andalucía pone en evidencia un punto de partida caracterizado por la concentración de camas hospitalarias en capitales de provincia (el 80 % del total) en detrimento de las comarcas rurales, así como una distribución desigual de los recursos hospitalarios entre provincias andaluzas. La Consejería de Salud y Consumo fomenta, en su planificación de recursos, la existencia de hospitales comarcales o de primer nivel, destinados a la cobertura hospitalaria que oscila entre 100.000 y 250.000 habitantes y que dará respuesta como mínimo al 80 % de las necesidades hospitalarias de la zona.

Desde estas premisas, la Consejería pone en marcha los hospitales comarcales de Riotinto (Huelva), Pozoblanco (Córdoba), Vélez-Málaga, etc. y define, diseña y comienza la construcción del Hospital de Motril (Granada) y Osuna (Sevilla), completando así las necesidades hospitalarias de Andalucía a nivel comarcal.

c. Integración de la asistencia de especialidades (ambulatoria y hospitalaria) que permite no sólo la eliminación de trámites y barreras innecesarias, sino también una asistencia de mejor calidad. Así se introduce el concepto de jerarquización de especialistas unificando el sistema de asistencia especializada de un único nivel más funcional y eficaz a nivel de área. Un sólo tipo de especialista; (el facultativo especial de área) asume tanto la asistencia en régimen de ambulatorio (desplazándose dentro de su área) como la de hospitalización.

El proceso de integración efectuado hasta el momento ha sido a través de dos niveles:

- la jerarquización, en una primera fase, de 77 especialistas.
- la convocatoria de plazas de facultativos especialistas de área, con un total de 356 plazas.

Paralelamente, se jerarquizan los especialistas de ambulatorio a los Servicios Hospitalarios (amortización de 2 1/2 horas) y desdoblamiento de especialidades, sistema que se ha implantado parcialmente en 10 áreas y en su totalidad en el área de Vélez-Málaga.

d. Mejora generalizada de la calidad asistencial a través de sistemas de control (acreditación hospitalaria, control de calidad de laboratorios) y de planes para temas sectoriales (hemoterapia, insuficiencia renal crónica, oncología, etc.) así como de mejora de la infraestructura hospitalaria a través de una política de equipamiento y mantenimiento de las instalaciones que permita una mejor calidad de la atención no sólo asistencial sino también hotelera y en la rentabilización de la tecnología de diagnóstico y tratamiento.

En este apartado puede señalarse las obras de mejora en el Hospital de Torrecárdenas (Almería), del pabellón A de Carlos Haya (Málaga), ampliación del Hospital de la Seguridad Social de Jerez y proyecto de construcción del nuevo Hospital de Manuel Lois de Huelva, así como obras de menor cuantía en la práctica totalidad de los hospitales andaluces de programas concretos de mantenimiento o de presunción de incendios.

e. Humanización de la asistencia en los centros asistenciales, hasta ahora masificada y despersonalizada, con la creación de servicios de información al usuario, encuestas de calidad del servicio sanitario y reglamentación de los cauces para sugerencias y reclamaciones. La humanización de la asistencia se plantea desde un punto de vista desmoralizador y participativo, por ello, uno de los elementos fundamentales en este proceso es el desarrollo de sistemas para facilitar sugerencias y obtener la opinión de los usuarios. Se crean así servicios de información al usuario en todos los hospitales de la R.A.S.S.S.A. y en los hospitales clínicos, lo que da lugar a 27 servicios en puertas principales de los centros y 19 en los servicios de urgencias y en 15 ambulatorios de especialidades.

Se ponen a disposición de los usuarios encuestas de posthospitalización y se crean mecanismos reglados de información y reclamaciones: todos los hospitales de la R.A.S.S.S.A. cuentan actualmente con libros de reclamaciones

unificados y generalizados que encauzan cualquier problema del usuario con el centro sanitario. La existencia de los Servicios de Información al usuario viene a paliar una situación endémica en los centros sanitarios caracterizada, en términos generales, por una asistencia despersonalizada y consultas ambulatorias masificadas con largos tiempos de espera; por la desorientación del usuario sobre sus derechos, la falta de información y la ausencia de mecanismos reglados para sugerencias y/o quejas y un cierto deterioro de las instalaciones hoteleras que daban lugar a incómodidades en situaciones de enfermedad donde la desprotección del paciente y su familia es más evidente.

Los S.I.U. intentan hacer la estancia del usuario en el centro sanitario lo más agradable posible, facilitando una mayor agilidad en el contacto con la familia, así como una mejor información de los pacientes.

Paralelamente, se pone en marcha un ambicioso proyecto de dignificación de ambulatorios y hospitales tendiendo a la mejora de las salas de espera y a las habitaciones dobles en los centros sanitarios, desterrando así las salas en múltiples hospitalarios.

f. **Modernización y racionalización de la gestión y administración hospitalaria**, con la introducción en la administración sanitaria de nuevos sistemas de información y gestión de empresas.

Se introducen sistemas de información, integrados en los aspectos asistenciales, de personal y económico; un plan contable y de contabilidad analítica con la creación de divisiones administrativas y de servicios generales con profesionales para dichas áreas; se elabora asimismo el reglamento hospitalario que introduce los nuevos aspectos de la reforma planteada. La confusión en áreas de gestión que ha caracterizado a la administración sanitaria se ataja en Andalucía, con la asunción de las transferencias del INSALUD; en todos sus frentes. En el área de personal, donde no existían ni siquiera plantillas orgánicas establecidas, se inicia la creación del fichero de personal y se definen los criterios básicos en este campo.

En cuanto a las medidas de modernización y racionalización de la gestión hospitalaria, se inicia el desarrollo de un nuevo modelo de gestión hospitalaria basada en una dirección de objetivos, mediante la introducción de nuevas técnicas de gestión y control de las mismas, así como integración de profesionales especializados en áreas no sanitarias: economía, ingeniería, etc.

Todos estos sistemas nuevos tienen repercusión directa en el usuario. El desarrollo e implantación, por poner ejemplo, del sistema de información interhospitalaria que lleva en funcionamiento 14 meses y supone la evaluación mensual comparativa por servicios asistenciales de todos los hospitales de la Seguridad Social, permite rebajar la estancia media de los pacientes, obteniendo un resultado equivalente a la creación de nuevas camas hospitalarias.

Parecido sistema, adaptado a los ambulatorios de especialidades, permite la evaluación mensual de cada uno de los especialistas andaluces. A través de la evaluación del sistema de cita previa, pueden conocerse las especialidades más masificadas de la asistencia y poner remedio a ello.

Andalucía es la Comunidad Autónoma con mayor volumen de recursos procedentes del INSALUD, y el esfuerzo de racionalización de la gestión hospitalaria es uno de los mayores retos de la Consejería de Salud y Consumo.

V. Resumen de las disposiciones de carácter general en materia de asistencia hospitalaria y especialidades médicas

Cabe advertir tres áreas normativas diferenciadas en el ámbito de la asistencia hospitalaria en Andalucía.

1.º **Materia de Personal.** La función normativa se ha manifestado en esta temática en dos aspectos: a) aprobación de plantillas hospitalarias y convocatoria de provisión de plazas.

Respecto de las plantillas hospitalarias se ha aprobado la estructura de servicios y personal de los siguientes hospitales: Hospital de "Valme" por Orden de 12 de Septiembre de 1984, Hospital de la "Axarquía", por Orden de 3 de Enero de 1985, Hospital de "Pozoblanco", por Orden de 7 de Febrero de 1985, y el Hospital de "Infanta Elena" de Huelva por Resolución de la Secretaría General Técnica de 3 de Septiembre de 1985.

En relación con la convocatoria para la provisión de plazas, iniciado el proceso de reforma de Instituciones Sanitarias, una vez realizadas las modificaciones —a nivel estatal— referidas a la ordenación del personal facultativo y de la jornada laboral y establecidas las normas para la jerarquización de las Instituciones Sanitarias Abiertas, se hizo necesario efectuar la convocatoria para la cobertura de las plazas vacantes así como la oferta de integración, en las Instituciones Sanitarias de la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía. Provisión que se convocó por Orden del Consejo de Presidencia de 7 de Marzo de 1985, y autoriza a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud y Consumo a adoptar las medidas para la aplicación de lo dispuesto en la citada Orden. En su consecuencia por Resolución de 8 de Marzo de la Secretaría General Técnica se anuncia concurso para provisión de puestos de Jefe de Servicio y de Sección en los Servicios Jerarquizados de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social en Andalucía, y otra Resolución de 8 de Marzo de la misma autoridad por la que se anuncia convocatoria para la provisión de plazas vacantes de personal facultativo en los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias Abiertas de la Seguridad Social; y por último otra Resolución del mismo día del Secretario General Técnico por la que se jerarquizan determinadas plazas de facultativos especialistas de Instituciones Sanitarias Abiertas de la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía.

Estas Resoluciones han implicado la creación de las siguientes plazas:

- 70 plazas de Jefe de Servicio.
- 21 plazas de Jefe de Sección.

— 264 plazas de Facultativos Especialistas y se han convocado por oferta de integración 261 plazas.

2.º Programas.

— Orden de 11 de Junio de 1984, de creación del programa de control de calidad de los laboratorios clínicos.

La importancia de los Laboratorios Clínicos dentro del sistema asistencial sanitario ha ido creciendo aceleradamente en los últimos años, hasta hacerse prácticamente imprescindible como ayuda al diagnóstico clínico, el control de la evolución del proceso patológico y el establecimiento de las condiciones socio-sanitarias.

Dado el volumen y la complejidad de los datos producidos, así como la diversidad de metodologías, se aprecia la necesidad de establecer los mecanismos que permitan asegurar la fiabilidad y perfeccionamiento de los análisis clínicos a fin de preservar la salud pública, incrementando al mismo tiempo la calidad asistencial y permitiendo a cada laboratorio verificar la bondad de sus técnicas y su correcto funcionamiento.

— Orden de 8 de Agosto de 1984, de creación del programa sectorial de prevención y tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Teniendo en cuenta que la insuficiencia renal crónica constituye un problema de creciente importancia en el orden asistencial y socio-económico —de una parte, por la complejidad de la estructura sanitaria precisa y el volumen de recursos humanos y económicos requeridos, y, de otra parte, por la existencia, por la exigencia de planificación y coordinación de recursos dada la diversidad de sectores sanitarios implicados—, se hace necesario la existencia de un Programa especializado que unifique el análisis del problema y el diseño de soluciones en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

— Orden de 27 de Julio de 1984, de creación del programa sectorial de hemoterapia en Andalucía.

Las crecientes necesidades de sangre y hemoderivados en la Comunidad Autónoma Andaluza, en el marco de una estructura hemoterápicas incapaces de satisfacer estas necesidades, exigen de la Administración Pública la adopción de medidas encaminadas a dotarnos de una organización hemoterápica eficaz, capaz de afrontar los objetivos generales que debe observar toda política hemoterápica.

3.º Registros y autorizaciones.

— Orden de 8 de Enero de 1985, de creación del Registro de Asociaciones científicas de carácter sanitario.

— Orden de 22 de Octubre de 1985, de creación del Registro de pacientes renales.

— Resolución de 21 de Mayo de 1985, de la Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas, por la que se modifica el modelo de libro de registros en los hospitales.

— Orden de 23 de Mayo de 1985, sobre normas de autorización de Centros Sanitarios de extracción y trasplante de órganos, de cuyo desarrollo ya se han publicado varias Resoluciones de la Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas autorizando a varios Hospitales para la práctica de trasplantes ("Carlos Haya" de Málaga, "Reina Sofía" de Córdoba, Jerez de la Frontera, "San Agustín" de Linares, "Valme de Sevilla").

VI. Nuevas formas de administración y gestión

Entre 1982 y 1985, la transferencia del INSALUD, del AISN, etc., completa prácticamente al 100 % el techo competencial establecido por el Estatuto de Autonomía. Se abre así un necesario proceso de revisión de la gestión administrativa y de su racionalización, necesidad que viene definida por la situación caótica que, desde el punto de vista de la gestión, ha vivido endémicamente el INSALUD como organismo autónomo, así como por la crisis económica que hace indispensable, para la apertura de nuevos servicios, un control del gasto que permita su racionalización y su dedicación a otros capítulos.

La primera labor a realizar era, lógicamente, la creación de una Administración sanitaria central para la Comunidad Autónoma y su correspondiente estructura periférica, ambas inexistentes.

En este período (1982-85) se ha elaborado una base normativa: Decretos de estructuración de los Servicios Centrales de la Consejería y de los Servicios Centrales de la RASSSA, acompañado de dotación presupuestaria y humana en un esfuerzo para dotar a la Comunidad Autónoma de los instrumentos de planificación, ejecución y control necesario para gestionar los traspasos.

Aunque con deficiencias en lo que respecta a estabilidad, retribuciones y dotaciones, se puede decir que la Consejería de Salud y Consumo tiene hoy un dispositivo casi suficiente por cuanto se ha pasado de un número no superior a 20 personas —fundamentalmente auxiliares— a 219 personas —fundamentalmente técnicos— en los servicios centrales de la Consejería y 100 en los de la RASSSA.

No sólo se destaca en este esfuerzo el número, sino también la calidad profesional de las personas que hoy trabajan en la gestión, sobre todo si se tiene en cuenta que la Administración Sanitaria no es una especialidad que en España haya contado con muchos recursos. En este sentido, y para cubrir estas deficiencias, se crea la Escuela Andaluza de Salud Pública y Administración Sanitaria, que acude a solventar la necesidad de profesionales no sólo de gestión y administración sino también en el área de salud pública, epidemiología, educación para la salud, etc.

Toda esta estructuración y formación de cuadros a nivel central y periférico se lleva a cabo con la perspectiva de la creación a corto plazo del Servicio Andaluz de Salud, como instrumento de gestión integral e integrada de los recursos sanitarios públicos y cuyo proyecto de ley está actualmente en trámite parlamentario.

Por otro lado, una de las características que definían los servicios transferidos a la Junta de Andalucía en el terreno sanitario eran los dispares procedimientos administrativos heredados en lo referente a gestión económica, de personal y habilitación, recaudación de tasas, etc.; se hacía, pues, necesaria una **homologación y racionalización administrativa** de estos procesos. Tras una primera fase de encargo a una consultora externa, se está implantando un procedimiento homologado en lo que se refiere a materias económicas, de contratación, de recaudación de tasas y asuntos generales.

Un problema parecido en lo que se refiere a las inversiones, cuya gestión era deficiente, falta de planificación y de seguimientos, se soluciona coordinando tres secciones cuyos contenidos son:

1. Planificación y supervisión de proyectos.
2. Control y seguimiento de obras y equipamiento.
3. Gestión de inversiones y análisis económico (obras y equipamiento).

Se elaboran normas y directrices sobre las condiciones de construcción y equipamiento de establecimientos sanitarios. Se consigue, por último, que las actuaciones en cada anualidad sigan un proceso lineal, de tal forma que en un año determinado se desarrollan actuaciones correspondientes a las distintas fases de construcción.

Paralelamente a la racionalización que se ha llevado a cabo en el terreno del procedimiento administrativo y en las inversiones, la Consejería de Salud y Consumo, que recibe en transferencia una administración infradotada de herramientas administrativas, se propone su modernización y la **introducción de nuevas técnicas informáticas**. Así, se define y se pone en marcha una red informática que conecta todas las provincias andaluzas con la Administración Sanitaria de la Comunidad Autónoma, a través de un parque de máquinas electrónicas que permiten hacer una gestión moderna y eficaz.

Por otro lado, se diseñan dos proyectos informáticos concretos destinados a dos aspectos sanitarios: los centros de salud —dentro de la red de atención primaria— y los hospitales.

El **proyecto INCAS**, ya en fase de puesta en marcha, informatiza e integra los Centros de Salud, tanto desde el punto de vista de gestión y administración, como de la epidemiología y salud pública, dentro de ese nuevo concepto de salud que integra no sólo la asistencia en la enfermedad, sino también actuaciones en el campo de la prevención y promoción de la salud en la comunidad. Para ello, la información epidemiológica y el trabajo informatizado en base a historias clínicas se hace imprescindible.

El **proyecto SIHA** informatiza, paralelamente, el área hospitalaria, poniendo las bases para una gestión racional y unificada de los servicios hospitalarios.

Ambos proyectos, en definitiva, ponen las bases para desarrollar una red informática como mejor instrumento para la planificación, ejecución y control de las actividades relacionadas con las competencias de Salud y Consumo.

Por último, la Consejería de Salud y Consumo, y respecto de la definición de unas nuevas bases de gestión y administración, afronta la labor de hacer **una política de personal autónoma**. Desde una situación de partida caracterizada por la disgregación y las diferentes dependencias del personal que actualmente depende de la Consejería: sanitarios locales, personal funcionario y estatutario de la RASSSA, funcionarios de delegaciones, personal nuevo de la red de atención primaria, etc., la falta de información dificultaba la elaboración de una política de personal que haga posible la Reforma Sanitaria en Andalucía. Igualmente hacía difícil la existencia de programas de formación continuada y reciclaje de los sanitarios.

Hacia la creación de un **fichero básico de personal al servicio de la Administración Sanitaria**, necesario desde la idea de un Servicio Andaluz de Salud integrado, se ha unificado la gestión del personal transferido creando un fichero básico de Sanitarios locales, otro del personal de delegaciones y de servicios centrales y otro del personal de la RASSSA. Estos tres ficheros se unificarán en breve en uno único.

Este programa de unificación de la información sobre personal hace posible, no sólo una mejor gestión de los recursos humanos, sino la aplicación de la Ley de Incompatibilidades, detectando las incompatibilidades horarias, la coexistencia de más de dos puestos de trabajo en el sector público, y la veracidad de las informaciones de las peticiones de compatibilidad de los sanitarios afectados.

Otro de los resultados de la adecuación de los ficheros de personal es la realización de cursos de reciclaje y de formación continuada del personal necesario para la puesta en marcha de los primeros distritos de atención primaria. En 1985 participaron, en los 69 cursos dirigidos específicamente a programas de inmediata puesta en marcha y adaptados a las necesidades de los profesionales, 545 médicos, 1.370 personas de enfermería (con lo que se llegó al 29 % del total) y 98 profesionales de otras áreas.

VII. Creación de nuevos servicios

Efectivamente, la información de la situación de los recursos sanitarios, tanto desde el punto de vista económico, como asistencial y personal, es un

paso necesario para la racionalización del gasto sanitario que permite la desviación de recursos hacia la creación de nuevos servicios y puesta en marcha de programas mientras, por imperativos de la crisis económica, se mantiene el mismo número de pesetas por habitante en gasto sanitario.

Así, con una administración racional de los recursos existentes y un mínimo gasto —menos de 5 pesetas por andaluz—, se pone en marcha en Andalucía hace un año el sistema de "Cita Previa" en consultas de especialidades. La Consejería de Salud y Consumo estudia ahora la próxima implantación del sistema en Medicina General y Pediatría. La cita previa ha conseguido uno de los principales objetivos de la Consejería: la eliminación de las colas en las consultas de especialidades con un aumento del 150 % del tiempo de dedicación del médico al paciente y menos de un día y medio de espera para obtener la cita. La evaluación continuada del sistema en todos los Centros de funcionamiento ha hecho posible, por otra parte, el conocimiento pormenorizado por ambulatorios y por especialistas de la situación real de este tipo de asistencia: especialidades más y menos masificadas, ambulatorios con mayor o menor presión asistencial, necesidades de especialidades para Andalucía, etc., con lo que ello beneficia la planificación asistencial.

En la misma línea de utilización racional de recursos ya existentes, se implanta en Andalucía la **cartilla de largo tratamiento y las consultas de enfermería**, sistema que permite el desarrollo profesional de los ATS y diplomado en enfermería de las instituciones abiertas al mismo nivel del trabajo que desarrollan sus compañeros en Centros Hospitalarios, a la vez libera al médico de labores burocráticas repercutiendo todo ello en un aumento de la calidad asistencial al permitir un control riguroso de la medicación a tomar y evitar las visitas innecesarias por recetas.

El programa supone la existencia, para los enfermos crónicos o las largas enfermedades, de una cartilla que facilita la vigilancia de constantes, medicación, prevención y hábitos de salud por parte de los profesionales de enfermería bajo la directa supervisión del médico. Ello ha supuesto un esfuerzo de formación y reciclaje para los profesionales de enfermería integrados en el programa y su implantación es paulatina en la medida en que son los propios profesionales —médicos y ATS— quienes lo solicitan.

La **extracción periférica de muestras (sangre, orina, etc.)**, otro de los nuevos servicios puesto en marcha por la Consejería y que se generaliza en Andalucía en el ámbito rural conforme van poniéndose en funcionamiento los Centros de Salud, ha supuesto el esfuerzo económico de compra de vehículos equipados con frigoríficos para que "viaje la muestra y no el paciente". En 1985 el 40 % de la población rural disfrutará de este sistema a través de 137 puntos de extracción, evitando al enfermo desplazamientos incómodos para actividades que podrán realizarse próximas a su lugar de residencia.

Otro de los programas que ha supuesto, en su puesta en marcha, la optimización de recursos ya existentes por cuanto son dirigidos por sanitarios reciclados, ha sido la implantación de 137 unidades de **planificación familiar** en 99 instituciones de la Seguridad Social y en numerosos otros puntos facilitados por Convenios con Ayuntamientos en los que se ha buscado como principal objetivo la mayor accesibilidad al medio rural. En 7 meses de funcionamiento de estos dispositivos integrados en el programa general de Salud Materno-Infantil, 47.000 mujeres se han beneficiado de esta asistencia integrada en la estructura sanitaria y con un carácter de proximidad de los servicios.

Dentro de este mismo programa genérico de Salud Materno-Infantil que engloba la asistencia al niño, cuidado del niño sano, educación para la salud, etc., destaca por sus resultados el **programa de vacunaciones de Andalucía**, con el establecimiento de 95 líneas de reparto dotadas con frigoríficos, que cubren 20.383 kilómetros para 826 puntos de vacunación en toda la Comunidad Autónoma. La actual cobertura de este programa se sitúa en el 70 % de los niños andaluces en cifras estimativas.

La Consejería de Salud y Consumo ha abordado igualmente un amplio abanico de actividades dentro del apartado de Salud Ambiental que van desde el **control de aguas potables**, con el análisis sistematizado y continuado de todos los abastecimientos públicos de aguas; el programa de **vigilancia de la contaminación atmosférica**, a través de una red con 35 estaciones de muestreo que cubre a más de 1 millón de personas de los lugares con un mayor riesgo; el **control de plaguicidas** y el equipamiento de laboratorios para análisis, formación de técnicos y difusión de normas sobre tratamiento de intoxicaciones de plaguicidas; hasta el **programa de vigilancia sanitaria de playas** que establece una red de vigilancia de 216 puntos de muestreo —el 84 % de las playas de Andalucía— y una clasificación higiénico-sanitaria de las playas.

Los **servicios de información al usuario** se establecen en todos los hospitales andaluces como fórmula de humanización de la asistencia y de cauce para las sugerencias y quejas de los usuarios de los servicios sanitarios. Los S.I.U. se sitúan también en los ambulatorios y gestionan y tramitan las quejas y reclamaciones para las que existe un libro generalizado y reglado en todos los Centros.

Estos nuevos servicios puestos en marcha, a los que se suman los de gestión de personal, sobre informatización y racionalización de la gestión sanitaria se han llevado a cabo desde un principio de optimización de los recursos existentes puesto que, como señalábamos anteriormente, el dinero por andaluz ha permanecido invariable en los presupuestos sanitarios. El conocimiento de la situación de la red sanitaria, la planificación de las actividades desde un punto de vista de racionalización y de aprovechamiento de los recursos personales, económicos y de infraestructura hacen posible cambios sustanciales en el sistema sanitario andaluz, aunque aún de forma sectorial y de implantación paulatina.