

# LA DEMANDA DE UNA VERDADERA ORDENACIÓN TERRITORIAL SANITARIA EN GALICIA. DESARROLLO ACTUAL DEL *MAPA DE SAÚDE*: ¿CUÁNDO Y PARA QUÉ?

**Jesús M. González Pérez**

Departament de Ciències de la Terra (Universitat de les Illes Balears)

## RESUMEN

La madurez experimentada por los estudios geográficos sobre el complejo sector de la salud en España no se corresponde con una correlativa presencia de los análisis territoriales en las decisiones técnicas y políticas de la planificación sanitaria. Consecuencia de esta falta de protagonismo es la prácticamente nula influencia del mapa sanitario de Galicia en la ordenación de recursos tanto de atención primaria como especializada, situación que conlleva la multiplicidad de incoherencias funcionales y demuestra la insuficiencia de un modelo con déficits importantes para la aprobación de medidas planificadoras que aumenten la eficacia y equidad del sistema.

**Palabras clave:** mapa de salud, zonificación, planificación, recursos sociosanitarios.

## ABSTRACT

«The demand for a true health territorial ordination in Galicia. Current development of the health map: When and why?». The maturity experimented by the geographical studies on the complex health sector in Spain does not correspond to a correlative presence of territorial analysis in the technical decisions and politics of the health planing and management. A consequence of this lack of significance is the almost negligible influence of the health map of Galicia in the management of both the primary care and the sanitary specialized resources. This situation involves the use of incoherent functionals and demonstrates the

insufficiency of a model that presents important drawbacks to allow the approval of decisions aimed at increasing the efficiency and equity of the system.

**Key words:** health map, zoning, planing and management, sanitary resources.

Los análisis territoriales que se enfrentan al estudio de una gran variedad de aspectos sociosanitarios son cada vez una parte más importante de disciplinas como la Geografía Urbana, la Geografía de los Servicios y, quizá en mayor medida, de la Geografía de la Población y de la Geografía Social. En escasas ocasiones, al menos en los estudios presentados en España, lo que en los países anglosajones dan en llamar *Medical Geography* forma una disciplina independiente con la capacidad de desarrollo adecuado para producir manuales, congregar y realizar reuniones o jornadas de carácter científico y, sobre todo, convertirse en una ciencia aplicada con verdaderas posibilidades para interferir en decisiones técnicas aunque de indudable carácter político, y sobre los trabajos de otros profesionales en teoría más capacitados para actuar sobre el complejo sector salud.

No obstante, la íntima relación entre espacio y salud no ha pasado inadvertida para algunos geógrafos también del Estado Español, la mayoría de los cuales aceptan en mayor medida el concepto «Geografía de la Salud» (más cercano a la francesa *Geographie de la Santé*) sobre el más limitado término de origen anglosajón de «Geografía Médica» (*Medical Geography*), lo que contribuye a no especializar esta disciplina en los *simples* análisis de distribución de enfermedades por regiones o como un área de la epidemiología.

Alejándonos un tanto del análisis del espacio como área de extensión de complejos patógenos, nos proponemos estudiar los componentes del territorio en la planificación sanitaria a través de un caso concreto, con los objetivos de reflexionar sobre el verdadero significado del mapa sanitario de Galicia y de confirmar su incapacidad en la ordenación funcional de recursos de esta Comunidad Autónoma. Una situación que introduce importantes dudas sobre los planteamientos de planificación emanados desde el gobierno autonómico, dada la inconsistencia e incoherencia de algunas políticas públicas que afectan a la ordenación territorial de unos recursos siempre escasos aunque en demasiadas ocasiones fuertemente infrautilizados. En definitiva, las siguientes reflexiones expondrán la lógica territorial del actual mapa sanitario gallego y su plasmación funcional a través de la distribución de los dispositivos y la definición de sus áreas de influencia. Una lógica que debilita los modernos objetivos de lograr una sanidad integral y accesible a la población.

## 1. LA INCORPORACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DE ZONIFICACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

La ordenación y localización de los recursos ocupa una posición esencial en la política sanitaria del país, y más cuando ésta se convierte en uno de los elementos más valorados por la sociedad. D.M. Smith dice del servicio de salud que «es, quizás, el más básico de todos los servicios. De él puede depender si un recién nacido viva o muera, si sobrevivimos a alguna enfermedad o accidente y, en caso de recuperarnos, si recobramos el uso completo de nuestras facultades esenciales o si sufrimos daños permanentes» (Garrocho, C., 1990, 55).

El reconocimiento del papel jugado por el espacio en la planificación sanitaria está siendo progresivamente incorporado en las políticas planificadoras de las naciones más desarrolladas por su función como estructurante en la aplicación de las políticas de salud y su importancia en la búsqueda de equidad. En esta dialéctica planificación-territorio, la regionalización o zonificación de los servicios sanitarios, equipamientos y personal ofrece importantes ventajas: descentralizar recursos, marcar responsabilidad sanitaria territorializada, facilitar la prestación de servicios y la evaluación de los mismos, permitir la descentralización administrativa y de recursos, y facilitar la participación ciudadana al acercar la administración a los propios usuarios. Por tanto, la comarcalización facilita no sólo la planificación, la administración, la investigación y la evaluación de los servicios de salud, sino que también se convierte en un instrumento útil para los pacientes y usuarios del sistema público. Así, la problemática de la localización y el establecimiento de las áreas de referencia de los recursos tiene en la comarcalización sanitaria su principal soporte planificador. Aunque un tanto desmesurada, el sociólogo Jesús M. de Miguel afirma que la regionalización sanitaria «producirá automáticamente una reducción de las desigualdades sanitarias por clases sociales, regiones y provincias, y estratos rurales-urbanos» (De Miguel, J.M., 1980, 72-73). De estos argumentos, se deriva que la previa delimitación de una base concreta territorial y poblacional constituye un instrumento de planificación y gestión de primer orden en la organización de un moderno sistema de salud<sup>1</sup>.

Como en otros tantos aspectos, Galicia se incorpora tardíamente a las experiencias de zonificación sanitaria en el Estado Español. Si bien los diseños de mapas sanitarios en España han sido definidos a escala estatal y preferentemente desde la normalización democrática a finales de la década de los setenta, existen interesantes ejemplos a lo largo del siglo pasado. Los primeros intentos los encontramos en Cataluña en la primera mitad del siglo XX, con la aprobación del *Mapa de la Mancomunidad de Cataluña en 1917* y el elaborado por la Conselleria de Salut Pública i d'Assistència Social para la Generalitat hacia 1933. Junto a estos, destaca algún otro ejemplo aislado como el *Plan de Regionalización Hospitalaria en Cataluña y Baleares* de Ignasi Aragó et al. Durante el período de dictadura militar, el centralismo imperante dará lugar a que los escasos intentos de zonificación sean siempre diseñados a escala nacional. Así, herederos del período franquista son el *Catálogo y Regionalización Hospitalaria de 1966* y las medidas de regionalización y jerarquización de los servicios ambulatorios y hospitalarios consecuencia del III Plan de Desarrollo Económico y Social de 1972 para el período 1972-1975 y el IV Plan de Desarrollo Sanitario de 1976, anexo al Plan de Desarrollo Económico y Social. Tengamos en cuenta que la respuesta lógica a un sistema de salud profundamente decadente e insolidario era la inexistencia de cualquier planificación en el campo de la sanidad. Unido a esto, la excesiva dependencia de un modelo centralizado en el hospital dificulta una mínima preocupación por la implantación de una ordenación sanitaria del territorio<sup>2</sup>.

---

1 «L'ún des axes fondamentaux de la réforme de la protection sociales est la régionalisation de la gestion du système de santé, cette approche géographique est indéniablement une nouveauté» (Fromentin, R., 1999, 69).

2 Tengamos en cuenta que los centros hospitalarios que en la actualidad encontramos en las ciudades gallegas y también en otras muchas españolas, tienen su origen en tres épocas muy claramente definidas. Los más antiguos, con escasos ejemplos en la actualidad, tienen su fundación habitualmente en congregaciones religiosas del siglo XIX o incluso anteriores. En segundo lugar, los de mayor tamaño, más extensas áreas de referencia y centrales son consecuencia de la Ley Reguladora de Hospitales de 21 de julio de 1962 por dos resoluciones

La entrada en el período democrático y el reconocimiento del derecho a la protección de la salud recogido en la Constitución Española, así como la asunción de principios modernos de salud pública y de planificación sanitaria acordes con las tendencias experimentadas en otros países europeos desarrollados, inciden en la búsqueda y en la delimitación reglada de un verdadero mapa de salud nacional. El elemento planificador y el reconocimiento territorial comienzan a introducirse en las políticas sanitarias. Numerosas han sido las experiencias de mapas sanitarios conocidos en Galicia desde 1978, delimitados en un primer momento desde el Ministerio de Sanidad y posteriormente desde los organismos autonómicos. Entre los mapas elaborados y los distintos intentos de ordenación destacan el complejo y muy jerárquico mapa sanitario aprobado a nivel provincial a principios de los 1980, que es consecuencia del *Decreto 222/1978, de 25 de agosto, que establecía la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional*. Y, en segundo lugar, el *Mapa Sanitario de Galicia del 1984* (Decreto 126/1984, del 25 de xullo), que debido a las primeras competencias atribuidas a la Consellería de Sanidade e Consumo ya es elaborado y aprobado por la Xunta de Galicia. Si bien ambos mapas han tenido un reducido desarrollo y una escasa funcionalidad, sí han introducido importantes elementos planificadores con la incorporación de algunos componentes geográficos. Nos referimos por ejemplo a que, por primera vez, se define como la estructuración territorial debería establecerse en base a factores demográficos, socioeconómicos, medios de comunicación, movilidad de la población, etc. Y, en segundo lugar, se establece que cada una de las áreas funcionales delimitadas tendrá la necesidad de contar con unos recursos concretos, tanto materiales como humanos, para así lograr la verdadera integridad del sistema. Estas primeras experiencias, que en la práctica han tenido un escaso éxito, sentarán las bases del actual mapa sanitario de Galicia realizado al amparo de la Ley General de Sanidad de 1986.

## 2. EL MAPA SANITARIO DE GALICIA DE 1989/92: SIMPLIFICACIÓN JERÁRQUICA E INCOHERENCIA FUNCIONAL

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad configura una nueva estructura de los servicios sanitarios apoyado en dos divisiones ahora fundamentales en el nuevo sistema: el Área de Salud y la Zona Básica de Salud. Asimismo, el artículo 51.1 y 51.2 ratifica el traspaso en la responsabilidad de establecer las correspondientes demarcaciones geográficas

---

principales. Por un lado, esta ley es la responsable de la creación de los hospitales hasta 1966 propiedad de las diputaciones provinciales, debido a que esta norma obligaba a tales diputaciones a sostener un centro médico-quirúrgico (el Hospital Provincial), otro destinado a la atención de enfermedades infecciosas, lepra o tuberculosis y una maternidad. Por otro lado, ésta es una ley que se debe enmarcar en el desarrollismo español, en Plan de Estabilización Nacional de 1959 y los procesos de apertura al exterior, consecuencia de lo cual se invirtió en la construcción de grandes centros hospitalarios como ejemplo de modernización en el que estaba inmersa la nación. De las décadas de 1960-1970 son la clínica Puerto de Hierro o la ciudad sanitaria de La Paz en Madrid, pero también el Hospital Xeral de Vigo, el Montecelo de Pontevedra o el Cristal-Piñor de Ourense, entre otros. El último período comienza a principios de los años noventa, con la construcción de hospitales de menor tamaño en pequeñas ciudades o cabeceras comarcales, consecuencia del traspaso de competencias en materia de sanidad a la Comunidad Autónoma y a las nuevas concepciones de una atención sanitaria más descentralizada y accesible a toda la población. Por tanto, las etapas heredadas del Antiguo Régimen, el largo período franquista y los nuevos modelos del período democrático, basados en la Ley General de Sanidad de 1986 y en el actual proceso de reforma del sector, originan unas tipologías características de dispositivo hospitalario.

a efectos sanitarios y la ordenación de sus propios servicios a las Comunidades Autónomas. Con estos principios, las Comunidades Autónomas han procedido de manera paulatina y desigual en el tiempo a efectuar una verdadera ordenación sanitaria de su territorio, en ejercicio de sus competencias estatutarias y de las directrices fijadas por la Ley General de Sanidad. Quizás de manera definitiva se incorporan los principios de sanidad integral y de desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS). En este contexto se encuadra el *Mapa de Saúde de Galicia* que es necesario enmarcarlo, igualmente, en la *Lei do Servizo Galego de Saúde* (Lei 1/1989, do 2 de xaneiro) por lo que a la ordenación sanitaria del sistema se refiere en el mismo (*Áreas de Saúde y Zonas de Saúde*).

Con estos precedentes se promulgan en 1989 y 1992 los decretos que configuran nuestro mapa actual: el *Decreto 55/1989, do 5 de abril, polo que se aproba a revisión do Mapa Sanitario de Galicia*, el *Decreto 50/1992, do 19 de febreiro, polo que se crea o Área de Saúde de O Barco de Valdeorras* y el *Decreto 234/1992, do 19 de novembro, polo que se crea o Área de Saúde de O Salnes*. Incorporadas estas dos últimas modificaciones de carácter únicamente territorial, tenemos el mapa sanitario hoy en día vigente<sup>3</sup>. Con respecto a los anteriores mapas y a los aprobados en el resto de España bajo los principios de la Ley General de Sanidad de 1986, se observan las siguientes diferencias y modificaciones:

— Simplificación. Reducción desde los ocho niveles del Mapa de 1978 y los siete del de 1984 a cuatro/cinco en el actual: *Rexión Sanitaria* (RS), *Área de Saúde* (ÁS), *Zona de Saúde de Atención Integrada* (ZSAI), *Zona de Saúde de Atención Primaria* (ZSAP) y *Unidade Basica de Atención Primaria* (UBAP). Si bien no todas las Comunidades Autónomas utilizan la misma terminología para definir las distintas delimitaciones territoriales, en general no se detectan importantes diferencias. No obstante, son mayoría las CC.AA. que apuestan por una mayor simplificación jerárquica, dividiendo el territorio en tres niveles, posiblemente por la influencia de una organización del espacio jerarquizada en las escalas municipal, comarcal y área de influencia urbana. Así, son seis las regiones que establecen sus compartimentaciones sanitarias en base a tres niveles: Andalucía, Aragón, Cantabria, Cataluña, La Rioja y el País Vasco. Y tres las que optan por sólo dos: la Comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia, confiando por tanto la ordenación del sistema al papel jugado por las cabeceras comarcales y a las principales ciudades de las respectivas redes urbanas.

— Ruptura de límites municipales. La redistribución de las zonas de atención primaria no está obligada a respetar los límites municipales, ya que se contempla, en ocasiones, la agrupación de términos municipales como unidad básica funcional de salud que servirá de marco territorial de actuación de los denominados equipos de salud. En el mapa sanitario de 1984, la Zona de Atención Primaria (nivel VII) se correspondía con la agrupación municipal, por lo que se contabilizaba una por cada término de Galicia. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, fijaba que la población de cada zona debería oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como urbano. No obstante, en Galicia no se contempla un límite poblacional para las ZSAP. Las CC.AA. que hacen referencia a los efectivos que debe comprender cada Zona Básica de Salud son Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña y La Rioja.

---

<sup>3</sup> Aún con escasa transcendencia, el Decreto 351/1998 del 27 de noviembre, crea la Unidad Básica de Atención Primaria (UBAP), que son aquellas demarcaciones municipales en las que se ordena la Comunidad Autónoma, dejando de ser ZSAP aquellas que estuviesen integradas por un solo municipio.

— Comarcas sanitarias. La ordenación de la atención especializada en ZSAI se perfila funcionalmente como auténticas comarcas sanitarias. Estas demarcaciones territoriales intermedias, no recogidas en la Ley General de Sanidad, sólo se contemplan en otras diez Comunidades Autónomas. Salvo en Andalucía, Asturias y Cataluña, estas demarcaciones (llámense Distrito, Sector o Comarca) no hacen referencia a su correspondiente contingente poblacional.

— Mayor precisión en la definición de las Áreas de Saúde. A pesar de ello, en Galicia no se establece una población diferente a la ya establecida por la Ley General de Sanidad (entre 200.000 y 250.000 habitantes), cuando podría ser modificada en función de nuestro peculiar poblamiento, características geodemográficas u organización territorial. Sin embargo, esto no impide que en más de un área de saúde no se cumplan tales límites poblacionales. En el resto de España, tres CC.AA. (Comunidad Valenciana, Murcia y País Vasco) hacen expresa referencia a la población de sus Áreas de Salud.

— Por último, únicamente en Galicia, Baleares, Castilla-La Mancha y Navarra se contempla una estructura que se situaría por encima del Área de Salud, que en todas ellas recibe la denominación de Región Sanitaria. Sin embargo, mientras en Galicia engloba a dos o más áreas de saúde, en las otras tres la Comunidad queda toda ella constituida como una única Región Sanitaria formada por el conjunto de Áreas de Salud.

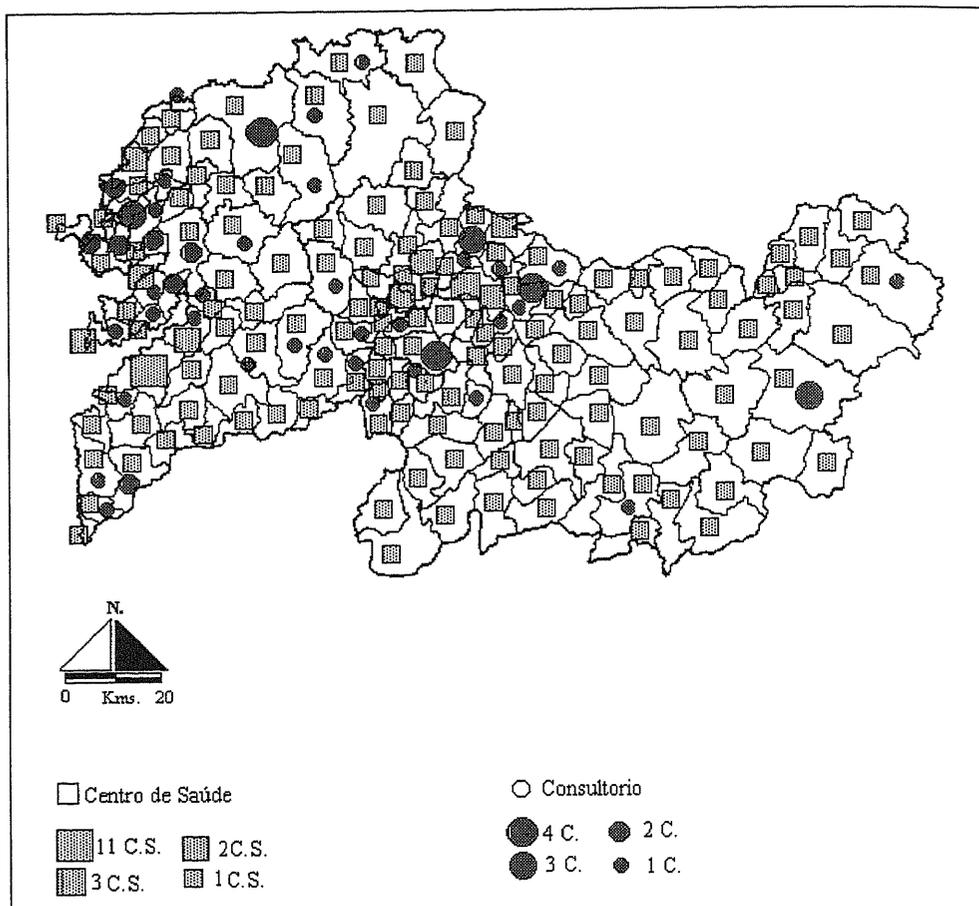
Con estas novedades básicas incorporadas al actual mapa sanitario definido en primera instancia en 1989, se procede a ordenar el territorio gallego a efectos sanitarios. Tal y como ya se estableció en el Mapa Sanitario de 1984 y de acuerdo con los principios de sanidad integral emanados de la Ley General de Sanidad de 1986, el mapa sanitario, como división funcional de espacio, tiene dos fines principales. Por un lado, la delimitación de las áreas funcionales donde se ubicarán los servicios sanitarios. Y por otro, la estructuración de los medios sanitarios que se van a poner al alcance de la población en una serie de niveles ascendentes de prestación de servicios. Es decir, una zonificación que busca ante todo un modelo de delimitación territorial que sirva de soporte al trabajo de estructuración de la red asistencial. Estos principios fundamentales serán los elementos básicos que servirán para evaluar la funcionalidad de nuestro actual mapa de salud, sobre todo por la relación que se establece entre territorio y red de servicios tanto en Atención Primaria como Especializada.

A continuación, vamos a explicar las características y objetivos de los cuatro escalones jerárquicos establecidos en el mapa sanitario de 1989, y el nivel de correspondencia funcional con los mapas de localización y áreas de influencia de los diferentes servicios en dos provincias contrapuestas demográfica y territorialmente que han sido tomadas de ejemplo, Ourense y Pontevedra. Mientras la primera, con una destacada presencia de población rural, posee numerosos elementos que nos hablan de despoblación y elevados índices de envejecimiento; Pontevedra constituye la provincia más dinámica demográfica y económicamente de Galicia, conocedora de un intenso proceso de urbanización en todo su espacio litoral.

**A) Zona Sanitaria de Atención Primaria (ZSAP).** Constituye la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud. El mapa de 1989/92 contabiliza un total de 36 en la provincia de Pontevedra y 28 en la de Ourense. Generalmente, las situadas en el litoral son de menor tamaño y más pobladas. Debido a que no se delimita el umbral poblacional idóneo que debería sumar cada ZSAP y a los contrastes geodemográficos tan visibles en nuestro territorio se detectan importantes diferencias. Los efectivos oscilan entre el máximo de Vigo con más de 275.000 habitantes



Mapa 2. Distribución de la red asistencial de Atención Primaria por municipios.



Fuente: Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Elaboración propia.

existencia de una ZSAP, la de Os Peares, donde la superación de los límites administrativos municipales y provinciales lleva a que esté formada por parroquias tanto de Lugo como de Ourense.

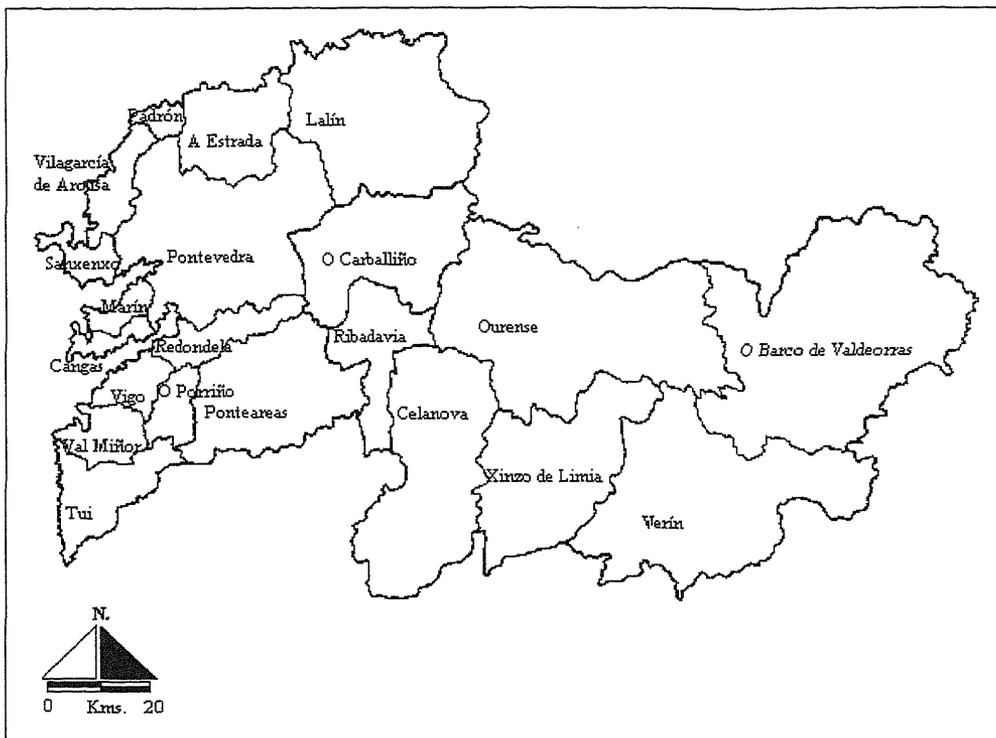
Esta demarcación territorial se corresponde funcionalmente con el lugar idóneo para la prestación de la Atención Primaria. Sin embargo, vamos a comprobar como en realidad estamos ante una división territorial con escasas influencias tanto sobre la ordenación normativa de la Atención Primaria como sobre la distribución de los principales dispositivos donde se ejecuta, es decir los centros de salud y los consultorios. El *Decreto 200/1993, do 29 de xullo, de ordenación da atención primaria na Comunidade Autónoma de Galicia*, organiza funcionalmente la APS en dos nuevas estructuras: la *Unidade de Atención Primaria (UAP)* y el *Servicio de Atención Primaria (SAP)*. La UAP, que siempre forma parte de un Servicio de Atención Primaria, es la estructura básica para la prestación de la atención

integral de la salud de la población. Se regula la existencia de al menos una Unidad por cada municipio de Galicia que deberá atender a un máximo de 20.000 habitantes. La ubicación física será el *Centro de Saúde*, lugar donde desarrollará sus funciones apoyado por los consultorios periféricos o, si fuese necesario, en el domicilio del propio paciente. Territorialmente se debería corresponder con la ZSAP del mapa sanitario. No obstante, aquí detectamos una primera incoherencia organizativa, ya que esta nueva estructura no va a respetar en ningún momento la ordenación territorial impuesta por el Mapa de Saúde donde, en virtud de lograr una gestión y prestación de servicios más eficaz, cada ZSAP puede englobar a varios municipios. Además, en este caso se fija un límite poblacional, cuando no sucede así con la ZSAP, y se establece que cada término formará como mínimo una UAP. Esto deriva en una falta de correspondencia de límites entre las demarcaciones territoriales encargadas de ordenar la atención primaria por un lado, y las nuevas unidades que nacen con la función de regular la APS en Galicia, por el otro.

Los efectos de esta descoordinada planificación organizativa, se incrementan cuando a la escasa importancia concedida al mapa sanitario se corrobora en la APS con la distribución de sus principales dispositivos asistenciales. Desde un principio, la Xunta de Galicia se ha propuesto el objetivo de dotar a cada municipio de Galicia con su respectivo centro de saúde, para así lograr que la totalidad de la población gallega tuviese acceso a la APS. El reto, ya alcanzado, parece positivo pero entonces nos preguntamos para qué se estableció esa división territorial en zonas de saúde dictada para la prestación de la atención primaria. Sin duda parece más lógico que o bien no se hubiese creado este escalón jerárquico inferior, como han hecho otras muchas Comunidades Autónomas; o bien se dictaminase que cada ZSAP se correspondiera con los límites de cada término de Galicia; o incluso cabría la lógica posibilidad de que un único centro asistencial fuese de referencia para cada ZSAP. De esta manera, una nueva ordenación de este primer nivel contribuiría a diseñar un mapa sanitario que estaría en condiciones de facilitar una ordenación de recursos más equitativa, reduciendo el número de centros de saúde y ampliando sus áreas de influencia para que fuesen coincidentes con las de cada ZSAP. Una reestructuración que debe partir de previos análisis poblacionales, de organización espacial o accesibilidad, para así evitar la escasa correspondencia entre la red asistencial y el sistema urbano regional.

**B) Zona Sanitaria de Atención Integrada (ZSAI).** Es la demarcación geográfica y poblacional constituida por varias ZSAP que sirve de marco de actuación a la asistencia especializada no hospitalaria. Existen un total de trece en Pontevedra a las que habría que añadir la ZSAP de Valga integrada en la ZSAI de Padrón (A Coruña), y siete en la provincia oriental. Sin lugar a dudas, estamos ante las nuevas comarcas sanitarias capitalizadas, a tal efecto, por las ciudades y *vilas* de la provincia. Este aspecto resulta muy evidente en Ourense: O Carballiño, Celanova, Ribadavia, Verfín, Xinzo de Limia, O Barco y la misma Ourense constituyen «comarcas sanitarias». En Pontevedra, a estas ciudades se le añade el espacio periurbano litoral. Son los casos de las ZSAI de Vigo, Pontevedra, A Estrada, Lalín, Vilagarcía, Pontearreas y Tui por un lado, y Marín, Sanxenxo, Cangas, O Porriño, Redondela y O Val Miñor por el otro. Este rasgo no hace más que refrendar la importancia de estudiar la red urbana y la organización del espacio gallego a la hora de interpretar el mapa de salud. El volumen demográfico, a excepción de las zonas capitalizadas por ciudades, es similar entre las ZSAI de ambas provincias (entre los 25.000 y 55.000 habitantes, aproximadamente), pero no así el índice de envejecimiento que difiere enormemente a favor de la provincia

**Mapa 3.** Mapa de Saúde de Galicia 1989/92. Zona Sanitaria de Atención Integrada



Fuente: D.O.G. 25 de abril de 1989 (número 79). Elaboración propia.

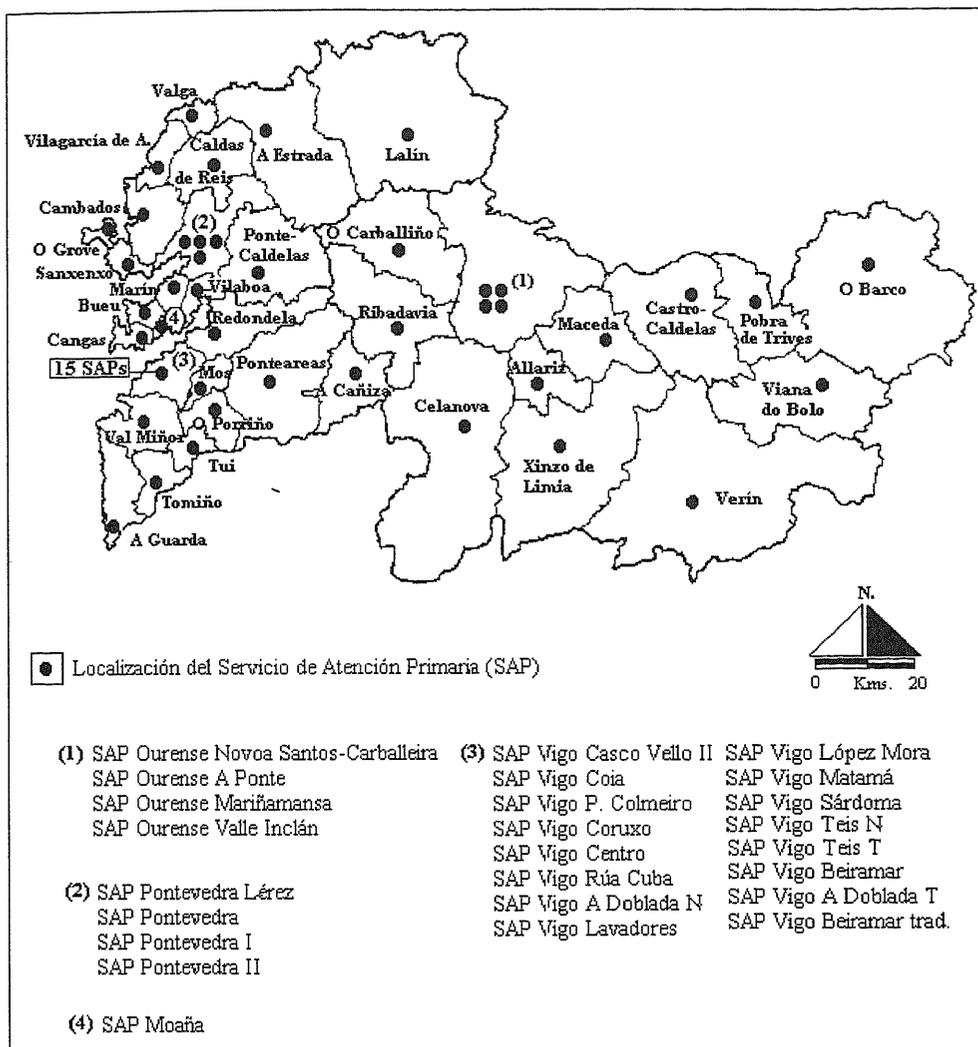
occidental y los espacios más urbanizados, oscilando entre menos del 11% de población mayor de 64 años en las ZSAI de Vigo y Porriño hasta más del 30% en la de Celanova.

Como en el caso anterior, intentemos superponer este mapa de comarcas sanitarias sobre las zonificaciones establecidas por los órganos de gestión y servicios asistenciales que en principio tienen en este nivel su área de actuación: el Servicio de Atención Primaria, los servicios especializados de apoyo a la APS y la atención sanitaria urgente extrahospitalaria (red asistencial y transporte sanitario).

El SAP ha sido definido como el nivel organizativo superior de gestión, planificación y apoyo que integra a una o varias UAP, debido a lo cual cuenta con el apoyo de recursos sanitarios de mayor especialización, como los de salud bucodental, psicoprofilaxis obstétrica, salud mental, pediatría, fisioterapia, orientación familiar o asistencia social, entre otros. De la misma manera, como corresponde con un servicio de nivel superior, posee funciones más amplias en el área de la gestión y administración sanitaria. Este servicio se sitúa en el centro de saúde que por su localización y/o estructura se considere más idóneo de todo el área de influencia, compartiendo el local con la UAP.

De esta simple exposición de funciones y objetivos extraemos importantes conclusiones: en primer lugar, a diferencia de la UAP no se establece límite poblacional; en segundo lugar,

**Mapa 4.** Localización de los Servicios de Atención Primaria (SAPs) y delimitación de sus áreas de influencia (UAPs)



Fuente: Servicio Galego de Saúde. Elaboración propia.

no se fijan pautas o directrices territoriales que pongan las bases para la localización y distribución de los SAP; y por último, a pesar de que forme parte de la atención primaria su correspondencia territorial es con la ZSAI del mapa sanitario. Es decir, el SAP a sus labores de gestión y planificación se une la incorporación de una superior cartera de servicios, en muchos casos especializados, que siempre serán desarrollados en el centro de saúde. De la misma manera, la ZSAI es la demarcación idónea para los servicios especializados no hospitalarios, es decir la asistencia especializada que comparte ubicación física en el centro

de saúde con la atención primaria. De ello se deriva que el órgano de gestión y prestación de servicios especializados dentro de la atención primaria representada por el SAP se corresponde territorialmente, aunque en ningún momento se haga mención a ello en Orden o Decreto alguno, con la ZSAI. No obstante, esta lógica organizativa es algo desconocido para los planificadores de la salud en nuestra Comunidad Autónoma, ya que las «cuencas sanitarias» que dibujan los servicios y zonas presentan no más coincidencias que las casuales. En una palabra, las recientemente delimitadas comarcas sanitarias de la atención primaria (SAP) no tienen correspondencia con las comarcas geográficas del mapa de salud (ZSAI). Un comportamiento que anula la funcionalidad del mapa sanitario, dado que éste no es tenido en cuenta en la organización de las distintas redes asistenciales y en la ordenación de recursos.

Por otro lado, esta complicada manera de entender la organización del sistema se incrementa cuando pasamos a estudiar la ordenación territorial de determinados servicios de apoyo a la atención primaria. Tengamos en cuenta que en la actualidad, la cartera de servicios se amplía considerablemente en los centros de salud localizados en las *vilas* o núcleos más poblados, para así evitar el traslado de los pacientes a las consultas externas o de rehabilitación y pruebas diagnósticas del hospital. Los servicios especializados más habituales en los centros de Galicia son los de odontoestomatología, fisioterapia y rehabilitación y radiología.

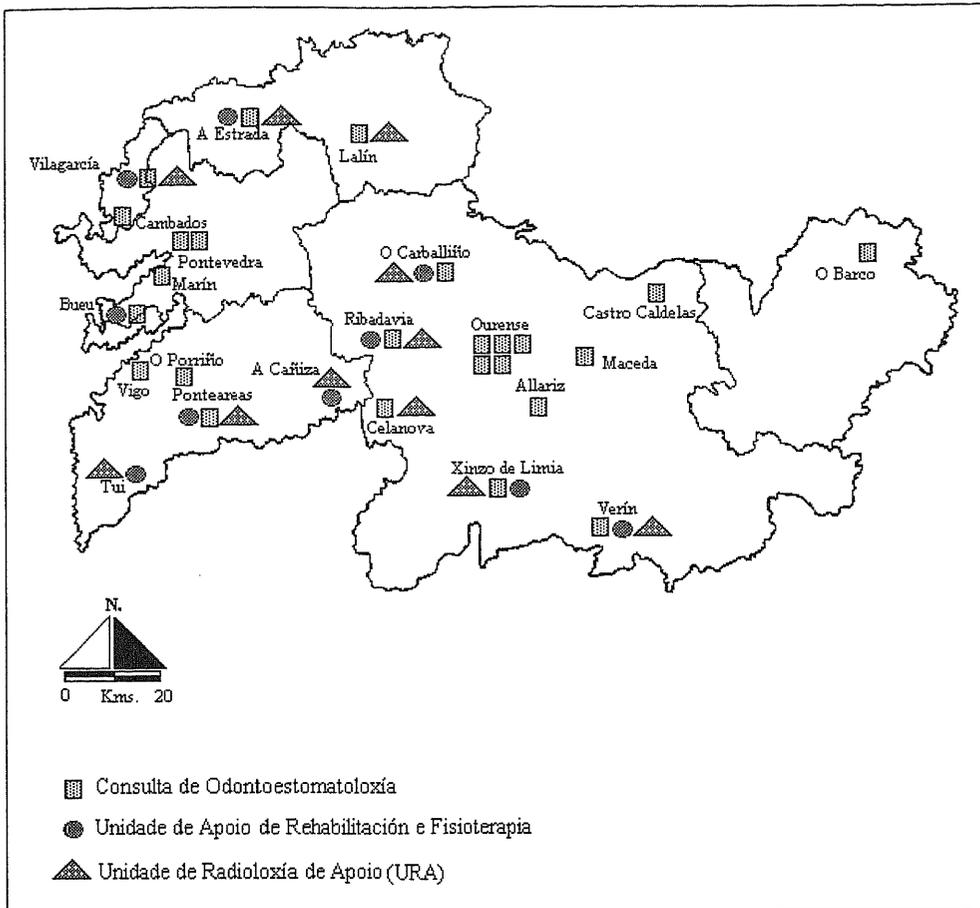
La concentración de servicios públicos y privados, la mayor representación del comercio y lugares de ocio en las cabeceras comarcales en Galicia se refuerza por medio de una nueva función sanitaria. Hace unos años, en las cabeceras comarcales gallegas se localizaban los centros médicos que debían de atender a toda la población de la comarca. Posteriormente, nuevas construcciones en otros términos de su área de influencia, propiciaron una constante pérdida de centralidad, sólo mantenida por constituir los únicos lugares donde se prestaba atención médica privada. Sin embargo hoy en día, los centros de salud de la gran mayoría de estas pequeñas ciudades están siendo dotados de nuevos servicios, algunos especializados, que vienen a definir nuevamente los núcleos centrales de la comarca. Así, podemos comprobar como la localización de estas unidades de apoyo vienen a localizarse preferentemente en municipios como A Estrada, Pontearreas, Tui, Lalín, A Cañiza, Verín, Xinzo de Limia, O Carballiño, Ribadavia, Celanova o en algunos otros casos insertados en espacios muy poblados y dinámicos demográficamente como sucede en Bueu, Cambados o Marín<sup>5</sup>.

Sin embargo, esta lógica en la distribución espacial de los recursos sanitarios choca un tanto con la falta de una regulación clara sobre la delimitación de las áreas de influencia de este tipo de servicios especiales, sobre todo por su definición al margen de las comarcas del mapa de salud. Es decir, las cabeceras comarcales suelen ser las capitales de las ZSAI y en éstas se dispone de los mayores recursos sanitario-asistenciales de la comarca; sin embargo no se establece por norma que la atención de esos servicios especializados, que no se pueden encontrar en el resto de los centros de saúde o consultorios de la ZSAI o ZSAP, deban extenderse a toda la población de esa zona de salud. La regulación del mapa sanitario y la de ordenación de atención primaria no están verdaderamente concertados. Lo operativo, aunque sólo en algunas ocasiones así sucede, sería que estos núcleos con servicios de atención

---

<sup>5</sup> La menor dotación primaria en O Barco de Valdeorras, a pesar de su centralidad y dinamismo, se explica porque ya posee un Hospital Comarcal que, de forma suficiente, cubre estas necesidades.

Mapa 5. Distribución de las principales unidades de apoyo en Atención Primaria.



Fuente: Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Elaboración propia.

primaria y especializada más completos y que se encuentran en un nivel de jerarquía asistencial más elevada, prestasen atención sanitaria de estas especialidades a toda la población que capitaliza esa cabecera comarcal. De esta manera y mediante la regulación legislativa oportuna se asociaría demarcación geográfica (comarca sanitaria-ZSAI) y área de referencia de los servicios sanitarios. Una planificación estratégica y táctica que regulase este tipo de operaciones y dirigida a reformar la Atención Primaria contribuiría no sólo a mejorar sensiblemente la atención sanitaria de toda la población, sin necesidad de incrementar los recursos, sino también a reducir desigualdades sociales y territoriales. Además, sino se aprueban las medidas reguladoras oportunas en base a ordenar territorialmente la ubicación y la delimitación de áreas de influencia, el caos se verá incrementado cuando se ponga en práctica la reciente resolución de la Consellería de Sanidade (marzo del 2000) por la cual se amplían los servicios de cirugía menor en la red de atención primaria (hasta en un 30% de

los centros de saúde), con el objetivo de descongestionar las urgencias hospitalarias. Y más cuando estas dotaciones quirúrgicas y de otros servicios especializados (ginecología y obstetricia, oftalmología o traumatología), que llega a convertirlos funcionalmente en centros de especialidades, responden en demasiadas ocasiones a decisiones con gran componente político carentes de planificación<sup>6</sup>.

La incuestionable falta de peso del mapa sanitario en la ordenación funcional de los recursos en Galicia no termina con estos servicios de apoyo u otros extrahospitalarios (centros de orientación familiar, unidades de saúde mental, unidades asistenciais ó drogodependente, etc.). El actual sistema que organiza el modelo de urgencias en atención primaria vuelve a obviar el componente territorial, además de mostrar una absoluta descoordinación con anteriores comarcalizaciones sanitarias como sucede con algunas de las vistas hasta ahora. Al igual que con los SAP o los servicios de apoyo a la APS, el ámbito de actuación adecuado para establecer las áreas de influencia de la atención urgente es una vez más la comarca.

La Xunta de Galicia pretende ordenar y coordinar la atención sanitaria urgente extrahospitalaria mediante la aprobación del *Decreto 172/1995, do 18 de maio, polo que se aproba o Plan de Urxencias Extrahospitalarias da Comunidade Autónoma de Galicia*. La mayor novedad plasmada en este Plan de Urxencias de 1995 fue la creación de una serie de puntos geográficos, llamados Puntos de Atención Continuada (PAC), que integran a todos los profesionales sanitarios de las localidades incluidas en sus ámbitos de cobertura y que vienen a completar las funciones del Servicio Normal de Urxencias (SNU) y del Servicio Especial de Urxencias (SEU). Así, la atención sanitaria urgente extrahospitalaria es prestada en la actualidad por estos tres tipos de dispositivos.

El Servicio Normal de Urxencias (SNU) ha sido creado en algunas localidades con más de 5.000 titulares de asistencia sanitaria. La dotación de personal oscila entre 3 y 6 médicos, 3 y 5 ATS/DUE y 4 celadores. Salvo excepciones son de ámbito municipal. En Ourense sólo existen dos, el localizado en la propia capital provincial y otro en O Barco de Valdeorras. Debido a la existencia de un servicio de urgencias más completo en la provincia de Pontevedra con anterioridad a la aprobación del Decreto 172/1995, la red de SNU es significativamente más extensa. En total se contabilizan doce SNU que engloban a veinte municipios. A pesar del espíritu que guió la creación del SNU, no todos ellos están compuestos por un solo municipio, como ocurre en los de A Guarda, Nigrán-O Val Miñor, Redondela y Tui.

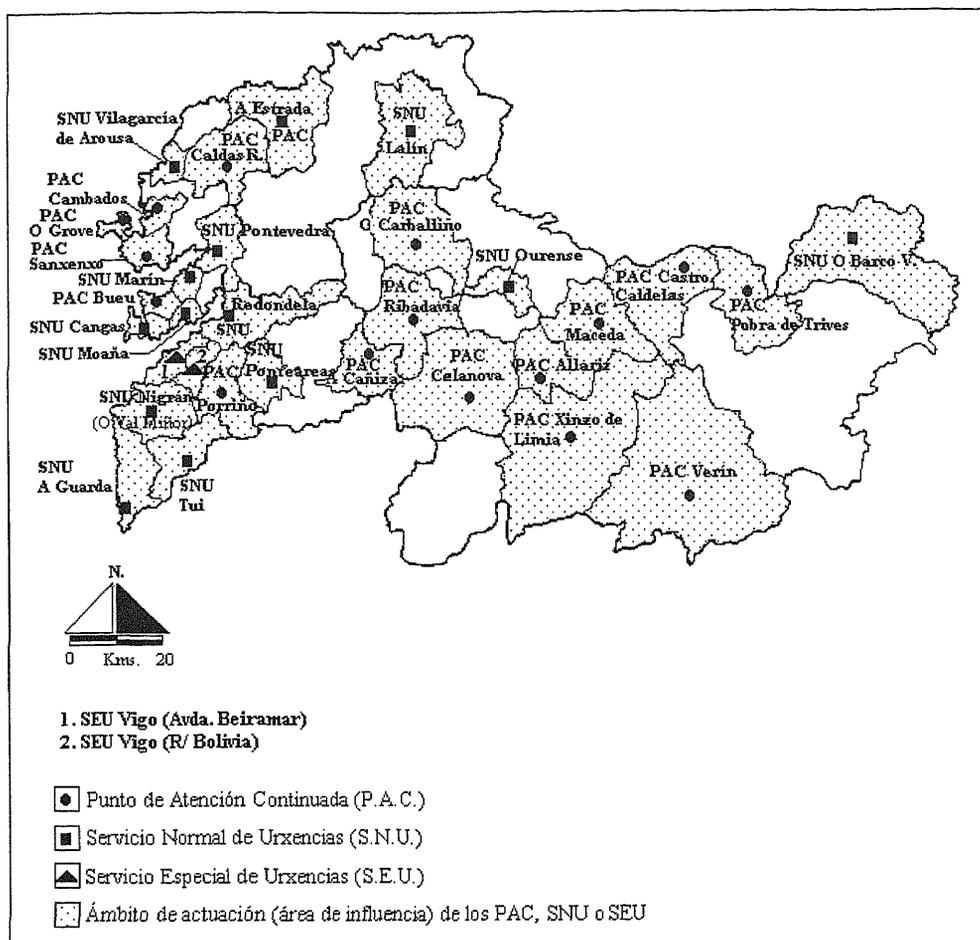
El Plan de Urxencias de Galicia establece que el Servicio Especial de Urxencias (SEU) es el adecuado para las localidades con más de 90.000 titulares, por lo cual sólo han sido constituidos uno en A Coruña y dos en Vigo. El funcionamiento es muy similar al prestado en los SNU con la particularidad de poseer una mayor dotación humana (entre 18 y 22 médicos y de 17 a 19 ATS/DUE) y material, ya que tienen asignada más población.

Los Puntos de Atención Continuada (PAC) representan el servicio urgente extrahospitalario propio de la reforma de la Atención Primaria. Con carácter general tendrán ámbito supramunicipal, constituyendo la estructura física y funcional en los que se llevará a cabo la atención de las urgencias extrahospitalarias. Dada la existencia de antiguos modelos de atención urgente, los PAC son introducidos paulatinamente, priorizándose en los lugares no

---

6 Estas medidas contribuyen a reforzar el papel de las pequeñas y medianas ciudades del país.

Mapa 6. Recursos y ámbito de actuación de los servicios de urgencia extrahospitalarios



Fuente: Servicio Galego de Saúde (SERGAS). Elaboración propia.

cubiertos por los SNU y SEU, por lo cual coexisten varios modelos en la actualidad. Después de la creación de PACs en todo el territorio desprovisto de sistemas regulados de urgencias, los SNUs y SEUs ya existentes serán, progresivamente, integrados en el modelo de los PAC. La ratio dotacional aconsejable será de un médico por cada 40.000 habitantes en el medio urbano, mientras que los PACs rurales se estructuran alrededor de una ratio de 25.000 habitantes<sup>7</sup>. Si un PAC rural presta servicio a más de un municipio se instalará en el de mayor población o en aquel que atraiga a más población, y en el caso de que exista un

<sup>7</sup> La formulación del Decreto posibilita que existan variaciones en el rural en función de las comunicaciones viarias, aunque teniendo que respetar en todo momento una isocrona de treinta minutos entre las localidades de cobertura del PAC y el lugar donde éste se sitúe.

hospital comarcal, el PAC se instalará en el mismo con el fin de aprovechar sus medios diagnósticos y terapéuticos. No obstante, como es habitual en todo el mapa de la ordenación de recursos, estos condicionantes técnicos escasamente estudiados se relegan, ya que son sobrepasados por las disposiciones políticas.

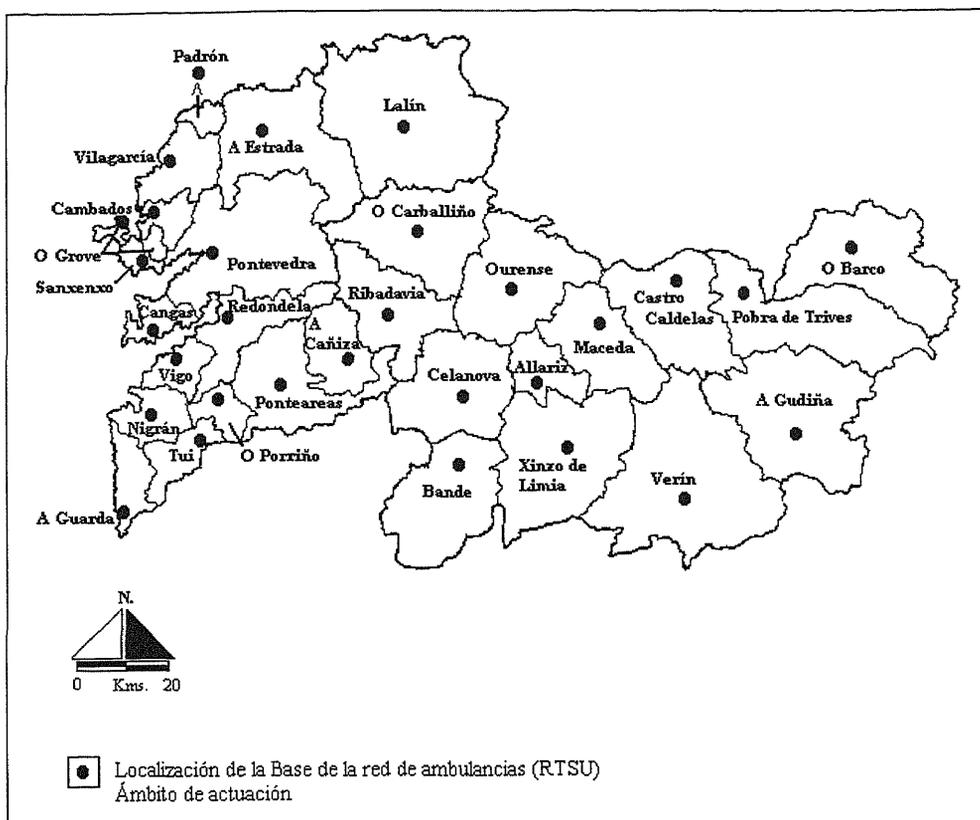
De éstas se extrae que, salvo pequeñas modificaciones, estamos ante un nuevo sistema que mantiene el antiguo modelo asistencial de los SNU y SEU. Ahora bien, existe una importante novedad: la intención de que se conformen como unidades de ámbito supramunicipal. Sin embargo, y una vez más, es una lástima que en la ordenación de este servicio y en la delimitación de sus áreas de influencia no se haga referencia al Mapa Sanitario, que sería el que debería regular su ordenación teniendo en cuenta sus delimitaciones territoriales y los recursos existentes. En la provincia oriental se han creado PAC en Allariz, Castro Caldelas, Celanova, O Carballiño, Maceda, Verín, Pobra de Trives, Xinzo de Limia y Ribadavia, es decir en las *vilas* más dinámicas de la provincia, lo que contribuye a incrementar con un nuevo servicio la labor de atracción de estos núcleos. Aunque ese tipo de nuevas «comarcas sanitarias» coinciden en buena medida con las comarcas reales centralizadas por estas cabeceras, la escasa incidencia que posee el Mapa de Saúde redundante en una superposición de sistemas de atención sanitaria no integrados bajo una ordenación común. Esto dificulta la organización y ordenación de recursos, resta eficacia al sistema y limita el principio de la sanidad integral.

Mientras tanto, la provincia de Pontevedra contaba ya con una red de urgencias más completa antes de 1995. Esto dio lugar a la creación de PACs sobre un sistema mejor cubierto. Salvo los PAC de Bueu y O Grove, los Puntos de Atención Continuada de esta provincia están compuestos por más de un municipio. Aún así, la elevada población de la mayoría de los términos de esta provincia determina concentraciones de menos unidades administrativas para atender cada PAC. Y como en Ourense, esta comarcalización se ha realizado al margen de la del mapa sanitario, de los SAP o de la propia de otros servicios de apoyo a la atención primaria.

Aunque parezca una mera repetición de fracasos organizativos, en el marco territorial de la ZSAI debería estar integrado un servicio cada vez más profesionalizado y que ha conocido una importante transformación en Galicia en los últimos años. Nos estamos refiriendo al transporte sanitario urgente o lo que comúnmente se conoce como ambulancias.

Una parte integrante de este Plan de Urgencias Extrahospitalarias es la creación de un *Centro de Coordinación das Urgencias Médicas de Galicia*, a la que le corresponderá gestionar las demandas de asistencia sanitaria que formulan los usuarios del SERGAS, los centros sanitarios y, si es el caso, las entidades y organismos públicos por razones de protección civil y seguridad de las personas. Este sistema, ya puesto en práctica con anterioridad en otras regiones (Madrid, Asturias, Cataluña, Canarias, Baleares, Navarra, Andalucía, País Vasco, Valencia y alguna provincia de Castilla-La Mancha), funcionará durante las 24h. del día de todos los días del año ofertando cobertura al conjunto de Galicia. Para tales efectos, la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais divulga entre la población un número de teléfono para las demandas de atención de estas urgencias extrahospitalaria, el 061. Junto al equipo interno centralizado en Santiago, la infraestructura externa está representada por la llamada Rede de Transporte Sanitario Urgente (RTSU) constituida por 140 ambulancias de urgencia, distribuidas en 70 bases y pertenecientes a empresas privadas que establecieron concierto con la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais para cubrir a todo el territorio gallego.

Mapa 7. Localización de las bases de la RTSU y delimitación de sus áreas de influencia



Fuente: Urgencias Sanitarias 061. Elaboración propia.

En este área, la aparición del servicio ayuda enormemente a organizar un sector dominado por la empresa privada muy poco profesionalizada y con un funcionamiento desregularizado. Por esto, el SERGAS tiene la doble responsabilidad de organizar, acreditar y coordinar dicha asistencia y, por otra parte, financiar la misma a sus beneficiarios. La primera consecuencia fue la creación de esa RTSU que cubre a toda Galicia, con una isocrona media de 30 minutos para el 75-80% de la población, aunque se pretende que esta isocrona se reduzca en los próximos años quedando así cubierta el 90-95% de la población. En función de esto, se establecieron trece bases en la provincia de Ourense y dieciséis en la de Pontevedra, cubiertas por otras tantas empresas que deben prestar atención sanitaria urgente a sus casi millón y medio de habitantes. La localización de las bases vuelve a reafirmar el papel desempeñado por la red urbana de medianas y pequeñas ciudades en la articulación del territorio gallego.

Sin embargo llegados a este momento comenzamos a poner en duda la política sanitaria emanada desde la Administración Autonómica. Es decir, se establecen una serie de bases donde deben localizarse las ambulancias que cubren las demandas sanitarias urgentes de un

área de influencia asignada. Por tanto, primero se designan las bases y, en función de esto, se delimitan sus ámbitos de actuación. Un procedimiento un tanto inusual y escasamente técnico. A esto se le añade la total falta de coincidencia entre las áreas de influencia de las respectivas bases y los ámbitos de actuación de los PAC y SNU, cuando ambos son servicios de urgencia extrahospitalarios. Si bien se puede pensar que estas incoherencias están relacionadas con la diferente capacidad de expansión o determinadas herencias de monopolio del mercado de algunas empresas de ambulancias, no resulta fácil entender la puesta en marcha de comarcalizaciones diferentes entre estos servicios urgentes. Y en tercer lugar, el tan constatado desconocimiento territorial conlleva una división del espacio con constantes despropósitos. Es decir, si el establecimiento de la comarcalización para el desarrollo del transporte sanitario urgente debe basarse esencialmente en la accesibilidad espacio-temporal, no entendemos como la totalidad de los habitantes de A Veiga o incluso O Bolo tienen que ser atendidos por las Ambulancias Ribeira Sacra de Pobra de Trives; o porque Ambulancias Redondela, y no Ambulancias Porriño, atiende a los habitantes de Mos; los habitantes de Meaño son atendidos por Ambulancias Mirazo de O Grove cuando este municipio no es limítrofe de Meaño, por lo cual lo más óptimo sería la atención por la base de Sanxenxo; y Ambulancias Pontareas establecida en esta localidad es la base del municipio de Crecente, cuando lo sería más racional que fuesen atendidos por la base de A Cañiza, etc. Por último, si superponemos esta zonificación sobre la del mapa de salud en vigor, se demuestra una vez más una realidad que prescinde en todo momento de lo dictaminado por la regionalización de 1989/92, lo que desgraciadamente pone en duda la verdadera necesidad de un mapa sanitario para nuestra Comunidad<sup>8</sup>.

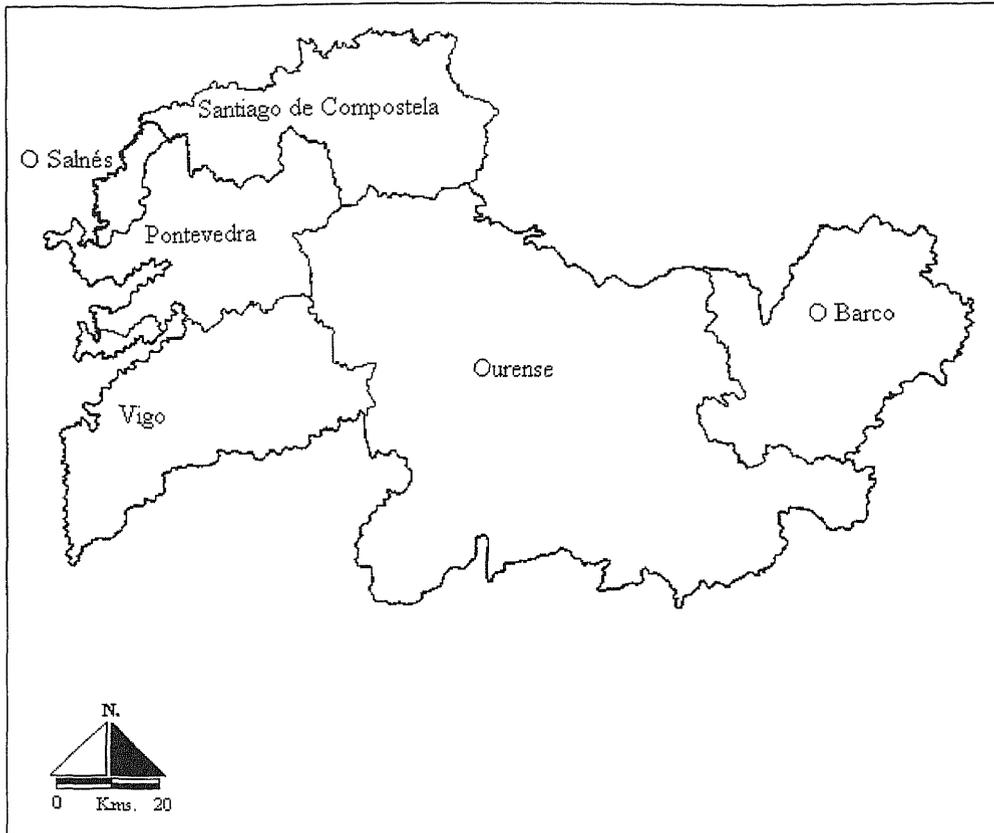
En definitiva, el plan de reforma y de ordenación de la atención primaria iniciada hace siete años (1993) ha tratado de introducir dispositivos asistenciales y administrativos similares a los ya instaurados con anterioridad en otras Comunidades Autónomas. El resultado es una superposición de modelos que, paulatinamente, deben dar paso a una integración total por parte de todos los profesionales de la salud respecto al aprobado en 1993. De momento, los cambios se producen en el normal incremento de dotaciones (Centros de Saúde, PACs...), pero con unas estrategias de asignación eminentemente políticas; con una inexplicable disociación respecto a lo contenido en el Mapa de Saúde en vigor y con unos dispositivos que en realidad no se ajustan exactamente al espíritu de la norma, por lo que es difícil establecer diferencias entre el funcionamiento de un centro de saúde inaugurado en 1990, por ejemplo, y otro de 1994, o bien entre un SNU y un PAC resultado del Plan de Urgencias Extrahospitalario. Además, hay que aceptar y asumir las consecuencias de los fuertes contrastes en la estructura demográfica del país, dada su transcendencia en el campo social y sanitario.

**C) Área de Saúde (ÁS).** Este tercer nivel es la estructura fundamental del sistema sanitario, responsabilizado de la gestión sanitaria de los centros y establecimientos comprendidos dentro de los límites territoriales de todas las prestaciones y programas sanitarios que

---

<sup>8</sup> Este nuevo sistema de coordinación médica urgente dispone también de ambulancias medicalizadas desde el 1 de julio de 1997. Éstas sólo se localizan en las siete ciudades más grandes de Galicia y en Sanxenxo durante el período estival en sustitución de la de Pontevedra, aunque su ámbito de actuación se extiende alrededor de una isocrona de 25 minutos (y no por áreas de saúde), con posibilidad de ampliarlo si las necesidades lo requieren. Por tanto, una nueva área de influencia. Las ambulancias son propiedad de empresas del sector, con el que se acuerda otro convenio, aunque el personal sanitario (médicos y ATS/DUE) pertenece al servicio del «061».

Mapa 8. Mapa de Saúde de Galicia 1989/92. Área de Saúde



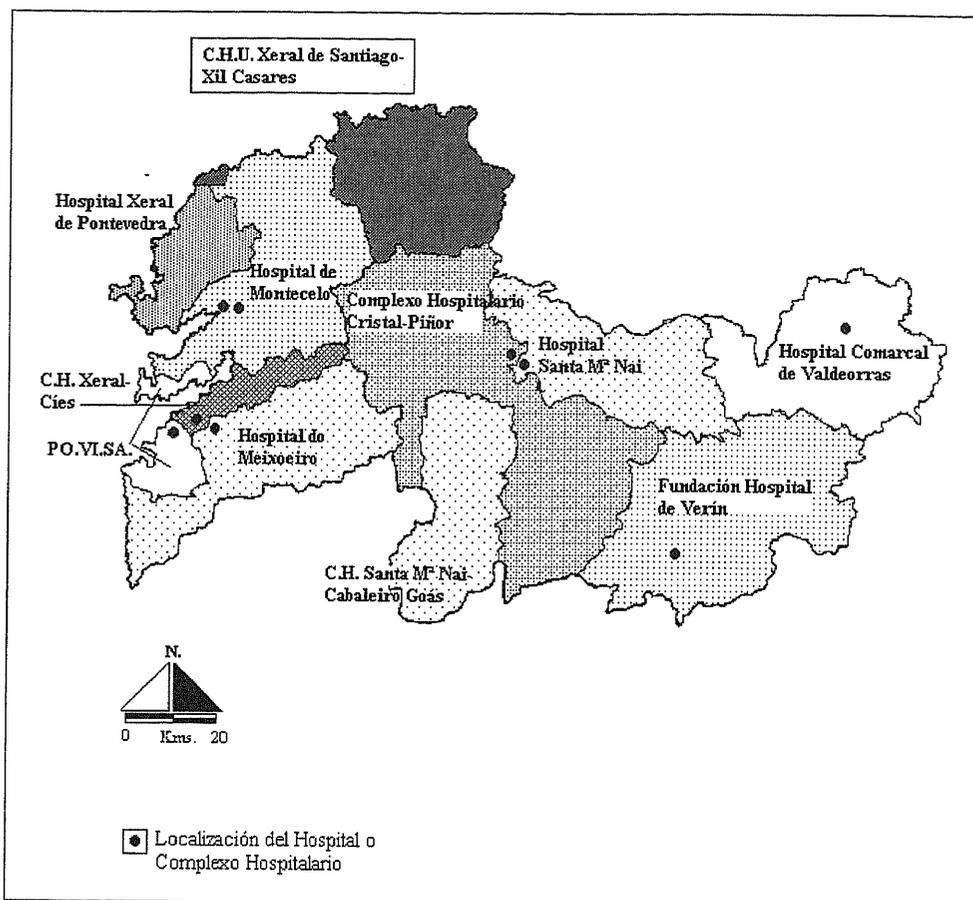
Fuente: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Elaboración propia.

desarrollan los mismos. Las Áreas de Saúde de Pontevedra, Vigo, O Salnés (desde 1992) y parte de la de Santiago (ZSAIs de A Estrada, Lalín y Padrón) organizan la provincia occidental. Mientras tanto en Ourense encontramos el Área de Saúde de Ourense y la de O Barco (comprendida en el AS de Monforte hasta 1992).

De las seis Áreas de Saúde que engloban municipios de Pontevedra y Ourense, cuatro de ellas se corresponden con una de las siete ciudades más importantes del país. Las otras dos, Vilagarcía y O Barco, forman parte de la red urbana gallega, conformando, en el primer caso, la tercera ciudad de la provincia de Pontevedra y, en el segundo, la cabecera comarcal probablemente más dinámica y con mayor poder de atracción de Ourense junto con Verín. Este factor reafirma la superposición de los órganos de gestión de los centros sanitarios y de la misma asistencia sanitaria especializada hospitalaria sobre la red urbana del país.

Como en los anteriores niveles, aquí también encontramos ciertas disfuncionalidades relacionadas con los servicios que deben operar en sus respectivos límites. Pudimos comprobar como la Ley General de Sanidad o la propia Administración sanitaria gallega insistían en

Mapa 9. Áreas de referencia hospitalaria



Fuente: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais; memorias hospitalarias. Elaboración propia

el hecho de que las Áreas de Saúde, a nivel asistencial, deberían contar al menos con un hospital general de referencia en cada Área. Pues bien, el AS de O Salnés desde que se constituyó en 1992 no cuenta con hospital público de ningún tipo. Recientemente será inaugurado, pero funcionará bajo la figura de Fundación Pública, no como hospital general tal y como especifica la Ley General de Sanidad. Por el contrario, en Verín ha sido inaugurado uno en 1993 (Fundación Hospital Verín) a pesar de no formar área de saúde.

En segundo lugar, las áreas de referencia hospitalaria no respetan los límites establecidos por sus respectivas áreas de saúde. Así, las Áreas con más de un hospital general dividen su espacio de referencia lo que lleva a delimitaciones internas dentro de esta propia demarcación sanitaria superior del mapa de salud. Hasta aquí todo parece normal, sin embargo en ocasiones las áreas de saúde superan los límites de las áreas de referencia o viceversa. Una situación de este tipo la encontramos en los pacientes de las ZSAI de A Estrada y Lalín, integradas en el AS de Santiago, que tienen que desplazarse al Hospital de Montecelo

(Pontevedra). Pero igualmente singular resultan algunas delimitaciones en áreas sanitarias con un solo hospital, como es el caso de O Barco de Valdeorras. Si las zonas funcionales establecidas en el Mapa Sanitario se crearon teniendo en cuenta las características demográficas, de accesibilidad..., cómo se puede explicar que el ÁS de O Barco no coincida exactamente con el área de referencia de este hospital comarcal cuando la demarcación de este hospital debe estar fijada, igualmente, por criterios poblacionales y de accesibilidad. En concreto, los 5.133 habitantes de los municipios de Viana do Bolo y Vilaríño de Conso, pertenecientes al ÁS de O Barco, reciben asistencia hospitalaria en la Fundación Hospital de Verín (ÁS de Ourense). Por tanto, una situación contradictoria consecuencia de una falta evidente de política planificadora.

**D) Rexión Sanitaria (RS).** Constituyen la estructura que engloba dos o más Áreas de Saúde, y es el ámbito en el que se ordenará funcionalmente la prestación de la asistencia sanitaria hospitalaria superespecializada que no sea posible desarrollar a nivel de área de saúde. A este respecto, Galicia se divide en tres Rexións: Rexión Norte (áreas de saúde de Ferrol, A Coruña y Cervo), Rexión Centro (ÁS de Santiago y Lugo) y Rexión Sur (ÁS de Pontevedra, Vigo, O Salnés, Ourense, O Barco y Monforte).

### 3. CONCLUSIONES. LA ORDENACIÓN SANITARIA EN EL ANTEPROXECTO DE LEI DE SANIDADE DE GALICIA DE 1998

La escasa transcendencia del componente territorial implantado por el mapa sanitario en la organización del sistema de salud de Galicia es una realidad que ha quedado suficientemente confirmada. En contra de lo que se pudiera pensar, la tendencia seguida en el modelo de organización general sanitaria confirma nuestras sospechas, en dirección a un incremento de la confusión y la falta de objetivos claros que debe guiar nuestro mapa de salud. Un análisis exhaustivo del polémico *Anteproxecto de Lei de Sanidade de Galicia* daría lugar a un artículo por si solo, sobre todo por las novedades que introduce hacia una clara tendencia a la privatización del sistema de salud. Pero en este caso lo que nos interesa es la normativa propuesta en relación al mapa sanitario y la ordenación de recursos, que aparece reflejado en varios de sus artículos. Por ello, a continuación exponemos a modo de conclusión las transformaciones que en esta materia pretenden ser introducidas con esta ley.

— La primera disconformidad viene determinada por los propios objetivos y denominación de la Ley. Nuestra Comunidad Autónoma demanda, tal y como reconoce el Plan de Saúde de Galicia 1993-1997, una Ley de Ordenación Sanitaria, no tanto una Ley General sobre todo cuando ya existe una a nivel estatal más moderna, ambiciosa y reguladora que la actual proyectada para Galicia.

— En vez de elaborar un verdadero documento que asuma todos los conceptos integrados dentro de lo que se da en llamar la «ordenación territorial», se vuelve a definir el Mapa Sanitario recogiendo, en ocasiones, formulaciones y complejas jerarquizaciones territoriales propias del Mapa Sanitario de 1984.

— Se definen *nuevas* jerarquizaciones (*Distrito Sanitario* y *Unidade Básica de Atención Primaria*) y parecen modificarse los objetivos de otros. Del estudio de la Ley parece extraerse que el Distrito Sanitario pasa a sustituir a la Zona de Saúde de Atención Integrada (ZSAI) del Mapa de 1989, y que la Rexión Sanitaria (de 1998) sustituye al Área de Saúde (art. 48.1). No obstante, la confusión introducida en otros apartados del texto lleva a que mencionen a

los Distritos Sanitarios como las nuevas Áreas de Saúde, sin que ningún artículo se haga referencia específica a estas modificaciones fundamentales y que han quedado perfectamente definidas en la Ley General de Sanidad de 1986. Junto a éstas aparece una nueva y anteriormente no definida unidad sanitaria territorial: la Unidade Básica de Atención Primaria (art. 50.3). A los pocos meses incorporada a través de la aprobación de un nuevo decreto. La normativa no especifica sus objetivos, funciones o al menos la necesidad que lleva a establecer este nuevo elemento jerárquico.

— El simplismo que caracteriza a esta ordenación territorial de la sanidad (como sus redactores la denominan), lleva a que prácticamente desaparezcan las ZSAI (comarcas sanitarias), cuando constituyen delimitaciones intermedias fundamentales en el territorio gallego, sobre todo si pensamos en el papel desempeñado por las cabeceras comarcales en la organización del espacio y que tan claramente se manifiesta en el ámbito sanitario con la concentración de servicios (tanto de atención primaria y de apoyo como cada vez más especializados) en estas pequeñas ciudades. De esta manera, la red urbana no cuenta con un equivalente organizacional en la jerarquía funcional y de recursos.

— Se reglamenta que cada Distrito Sanitario debe poseer, al menos, un centro de asistencia especializada (bien Centro de Especialidades o bien Hospital) (art. 53.4), sin hacer referencia explícita a la anterior reglamentación que obligaba a la existencia de, como mínimo un Hospital General de la red pública por cada área de saúde. Aunque no se publicite, esta situación introduce la posibilidad de dotar a los Distritos Sanitarios con hospitales no públicos (sobre todo bajo el sistema fundacional), tal y como ya se ha comenzado a hacer desde principios de los 1990.

— A pesar de las experiencias acumuladas no se definen los criterios que van a establecer las demarcaciones territoriales del Mapa de Saúde. La realidad territorial gallega no es tenida en cuenta en esta ordenación. Así, en ningún caso se hace referencia a la existencia de los fuertes desequilibrios territoriales y al envejecimiento demográfico. Factores que, en todos los casos, deberían ser fundamentales a la hora de establecer cualquier tipo de ordenación sanitaria territorial, por las múltiples consecuencias que llevan aparejadas (renta familiar disponible, accesibilidad, morbi-mortalidad...). Del mismo modo, no se tiene en cuenta el Plan de Comarcalización de Galicia aprobado recientemente por la Xunta de Galicia que, independientemente de las críticas que se han vertido sobre el mismo, teóricamente debería servir de base para la ordenación territorial de numerosos servicios públicos de la Comunidad Autónoma.

— Con la excepción de una insuficiente reglamentación referida a la Salud Mental, no se hace mención a la ordenación de recursos de las unidades de apoyo a la APS, tales como los Centros de Orientación Familiar (COF), las Unidades de Atención ó Drogodependente (UAD), etc.

— En definitiva, y como hasta ahora, se detecta una total descoordinación y falta de relación funcional entre la ordenación territorial y Mapa de Saúde y la ordenación funcional de la Atención Primaria y Especializada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ARACIL RODRÍGUEZ, E. (1991): «Zonificación sanitaria y mapa de salud». Ciudad y Territorio, nº 89, págs. 203-212.

- BARRET, F.A. (1986): *Medical Geography: concept and definition*. En «Medical Geography: Progress and Prospect», Croom Helm, London, págs. 1-34.
- BRILLET, PH. (1995): *Fusion hospitaliere en Arc Atlantique, exemple ou echec de mise en reseau: le cas du nord deux sevrés*. En «Les villes moyennes dans l'Arc Atlantique», Cholet, págs. 1-7.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS (1997): *Guía de Recursos 1997*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 139 págs.
- CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS (1997): *Actividade asistencial dos hospitais do SERGAS. Anuario 1995-96*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia, 325 págs.
- DE MIGUEL, J.M. (1980): «Siete tesis erróneas sobre la política sanitaria española y una alternativa sociológica crítica». REIS, nº 9, págs. 53-80.
- FROMENTIN, R. (1999): «La géographie dans la décision de santé publique». Hérodote, nº 92, págs. 69-100.
- GARROCHO RANGEL, C. (1990): «Servicios de salud y planeación regional en el Estado de México». Estudios Territoriales, nº 33, págs. 55-72.
- GONZÁLEZ PÉREZ, J.M. (1998): *Sanidad y territorio en la provincia de Pontevedra*. Pontevedra, Deputación Provincial de Pontevedra, 353 págs.
- GONZÁLEZ PÉREZ, J.M. (1999): *Contribución al estudio de la Geografía de la Salud en Galicia: las provincias de Pontevedra y Ourense*. Santiago, Universidade de Santiago de Compostela (Tesis Doctoral con edición en cd-rom), 680 págs.
- LÓPEZ LARA, E. (1990): *Política sanitaria en Andalucía. Implicaciones administrativo-territoriales*. En «Geografía de Andalucía» (VII), Sevilla, Tartessos, págs. 423-456.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1995): *Ordenación sanitaria del territorio en las comunidades autónomas*. Madrid, 167 págs.
- MOMPART, A. y PÉREZ, G. (1995): *El mapa sanitario de Cataluña*. En «Habitar, vivir y prever», Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona y AGE, págs. 333-339.
- OLIVERA POLL, A. (1993): *Geografía de la Salud*. Madrid, Síntesis, 160 págs.
- PINEAULT, R. y DAVELUY, C. (1988): *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona, Masson, 382 págs.