

Capítulo II. CONFIGURACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ: ORGANIZACIÓN TERRITORIAL, FUNCIONAL, COLABORACIÓN PRIVADA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA TRAS LA LEY DE SALUD DE ANDALUCÍA

María Eugenia Teijeiro Lillo

I. INTRODUCCIÓN

1. La ordenación del sistema público de asistencia sanitaria en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

Fruto del reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la encomienda a los poderes públicos de la organización y tutela de la salud pública a través de las prestaciones y servicios necesarios que se proclaman, dentro de los principios rectores de la política social y económica, en el artículo 43 de la Constitución Española de 1978 (CE), se dicta la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹. La LGS es, integrada en el conjunto de normas que regulan el ejercicio compartido de competencias en materia de sanidad

¹ En adelante LGS.

previsto en el artículo 149.1.16ª CE, la norma básica de carácter organizativo que aúna de forma global y sistemática, separando las prestaciones de asistencia sanitaria de las derivadas de la Seguridad Social, la materia sanitaria².

La Ley estatal establece, por vez primera, el nuevo marco normativo sanitario de aplicación en todo el territorio del Estado, describiendo la organización de un sistema sanitario cuya gestión es competencia de las Comunidades Autónomas³. De su contenido destacaremos la declaración del derecho a la asistencia sanitaria, la universalización de la atención y asistencia sanitaria al conjunto de la ciudadanía en condiciones de igualdad y la creación del Sistema Nacional de Salud⁴, integrado por los servicios de salud propios de la Administración General del Estado y los específicos de las diferentes Comunidades Autónomas que componen los centros y servicios propios de su respectivo territorio⁵. La LGS pretende superar la fragmentación competencial reflejada en un conjunto de organizaciones desconectadas para velar por la atención sanitaria y por ello toma como premisas esenciales,

² En el marco de la legislación preconstitucional ambas prestaciones tenían un tratamiento unitario, reflejado en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, si bien se supera en el texto constitucional con el reconocimiento individualizado del derecho a la Seguridad Social y del derecho a la protección de la Salud (artículos 41 y 43). Tras la aprobación de la LGS la doctrina se encuentra dividida; por un lado se refuerza la separación de ambas prestaciones, sanitaria y de Seguridad Social, como mantiene M. Alonso Olea, *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, 2ª ed., Civitas, Madrid, 1999 y, por otro, sostiene la necesidad de la separación de ambas prestaciones criticando la configuración unitaria del sistema actual J. L. Beltrán Aguirre, "Anotaciones a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud", *Revista Derecho y Salud*, vol. 11, nº 2, julio-diciembre 2003, pp. 125 y ss. También desvincula la prestación de asistencia sanitaria de las entidades gestoras de la Seguridad Social J. Corvella Duch, *Manual de Derecho Sanitario*, Atelier, Barcelona, 2006, p. 33.

³ De conformidad con el principio de autoorganización de las instituciones y servicios propios que tienen atribuidas las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.), la LGS en su artículo 2 suprime el carácter básico a los artículos 57 a 69 donde se regulan, como materia de la competencia autonómica, las piezas vitales de los servicios de salud autonómicos, las Áreas de Salud.

⁴ En adelante SNS.

⁵ Nos referimos a los Servicios Autonómicos de Salud de las 17 Comunidades Autónomas: Instituto Catalán de la Salud (Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio); Servicio Andaluz de Salud (Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero); Servicio Vasco de Salud (Real Decreto 1536/1987, de 6 de noviembre); Agencia Valenciana de Salud (Real Decreto 1612/1987, de 27 de noviembre); Servicio Gallego de Salud (Real Decreto 1679/1990, de 28 de diciembre); Servicio Navarro de Salud (Real Decreto 1680/1990, de 28 de diciembre); Servicio Canario de Salud (Real Decreto 446/1994, de 11 de marzo); Servicio de Salud del Principado de Asturias (Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre); Servicio Cántabro de Salud (Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre); Servicio Riojano de Salud (Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre); Servicio Murciano de Salud (Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre); Servicio Aragonés de Salud (Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre); Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre); Servicio Extremeño de Salud (Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre); Servicio de Salud de las Islas Baleares (Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre); Servicio Madrileño de Salud (Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre); Sanidad Castilla y León (Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre). Mientras en el ámbito territorial de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla la entidad que se ocupa de las prestaciones sanitarias, como se determina en el artículo 15 del Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (antiguo Instituto Nacional de la Salud).

entre otras, la descentralización sanitaria, la dualidad gestión pública y gestión privada de los servicios sanitarios y la participación. Todas ellas van a ser, desde ahora, las materias de interés y el objeto de análisis de la presente aportación.

El sistema público de asistencia sanitaria se configura como un sistema único que presenta una estructura descentralizada, con el protagonismo por parte de las CC.AA. de su gestión, y pretende funcionar como un sistema “armónico, coherente y solidario”⁶. Bajo el paraguas de una amplia autonomía organizativa, pero respetando el marco de las competencias reservadas al Estado y las exigencias marcadas por la LGS, son las CC.AA. quienes asumen la titularidad del servicio público de salud y la prestación de la asistencia sanitaria universalmente reconocida a los ciudadanos. No obstante, la realidad nos confirma que el proceso de descentralización sanitaria iniciado en 1978 no ha sido uniforme y la gestión de la asistencia sanitaria se presenta, hasta el año 2002 clave en este proceso, diferenciada en los ámbitos territoriales autonómicos. Por un lado, distinguimos las CC.AA. donde la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria se había cerrado de forma individualizada y a medida y los ciudadanos están atendidos exclusivamente por el Servicio de Salud autonómico es el caso, entre otras Comunidades, de Andalucía⁷; por otro lado, las CC.AA. regidas por el artículo 143 CE en las que el proceso de transferencia se presentó más lento y la prestación sanitaria se seguía gestionando, sin perjuicio de la existencia del servicio de salud autonómico, por el Estado, si bien en este caso, las 10 CC.AA. afectadas negociaron en paralelo y con criterios homogéneos el traspaso de competencias, por lo que por vez primera puede hablarse de un verdadero proceso de descentralización sanitaria⁸.

2. La determinación y catalogación de las prestaciones sanitarias en el Sistema Público de Salud

La efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud tiene un eslabón primordial en la fijación del contenido de las prestaciones sanitarias a las que tienen derecho los beneficiarios del Sistema Sanitario Público. La determinación de las prestaciones sanitarias se contempla en un complejo conjunto normativo que afronta obligaciones de hacer y de dar, que arranca con la Ley General de la Seguridad Social de 1974, donde también

⁶ Las ventajas que pueden derivarse de este sistema descentralizado pueden identificarse, entre otras, en un acercamiento de los servicios a la ciudadanía, una oportunidad de democratizar la toma de decisiones, una oportunidad de desarrollar un modelo organizativo más transparente, etc. Sobre esta cuestión ver I. Villar Cañada, “Régimen jurídico de la organización y gestión sanitaria. El nuevo modelo legal de la sanidad pública: El Sistema Nacional de Salud”, en *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Comares, Granada, 2007, p. 119.

⁷ Otras Comunidades Autónomas que tenían transferidas las competencias en materia de asistencia sanitaria son Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Navarra y Canarias.

⁸ Desde el 1 de enero de 2002 las 17 CC.AA. gestionan, de forma autónoma, los servicios sanitarios públicos.

se regula la asistencia sanitaria, fijando el marco general básico de determinación de las prestaciones sanitarias públicas⁹. En el contenido previsto por la LGS se muestran los criterios organizativos que recaen en la ordenación de la asistencia sanitaria, se prescribe que el acceso y las prestaciones se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, se determinan las diferentes actuaciones sanitarias que deben desarrollar las Administraciones Públicas a través de sus servicios de salud y se señala que el SNS integra las prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos¹⁰.

En nuestro sistema sanitario público la vertebración de las prestaciones de asistencia sanitaria se presenta heterogénea y se asume bajo la adopción de un doble esquema de organización: la atención primaria y la atención especializada. La atención primaria integra el primer nivel de prestaciones considerado como el más óptimo para la atención integral y continua de la salud al sumar las acciones de prevención sanitaria y de promoción de la salud¹¹. La atención especializada ocupa un segundo nivel y se extiende tanto a la asistencia hospitalaria como a la propiamente especializada pero de carácter ambulatorio. La atención primaria junto con la especializada han pretendido la transformación del sistema sanitario español con una importante aportación, la clarificación de ambos niveles asistenciales, primario y hospitalario, situando la atención primaria en un lugar inmejorable para asegurar una mejor calidad del servicio sanitario. Desde su implantación la atención primaria ha sido objeto de permanentes reformas que han ido influyendo sobre el conjunto del sistema sanitario y que se han ido centrando en la determinación de la población en función de criterios territoriales, fundamentalmente en unidades básicas de atención (áreas básicas de salud o zonas de salud); en la constitución de equipos multidisciplinares (equipos de atención primaria) y en la ampliación de la cartera de servicios¹².

⁹ Señalaremos, entre otras normas, además de la LGS (1986), la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LSNS), el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, sustituido por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

¹⁰ En relación con las prestaciones sanitarias la LGS *“no pretende fijar su contenido propiamente dicho, sino incidir de modo indirecto sobre su vertebración”*, así lo sostiene J. M. Pemán Gavín, *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos*, Comares, Granada, 2005, p. 57.

¹¹ En el año 1978 se celebró en la ciudad kazaja de Alma Ata, organizada por la OMS y UNICEF, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, congregando a 134 países y 67 organizaciones internacionales. En la *“Declaración de Alma Ata”*, la principal aportación se centró en resaltar el papel de la atención primaria como *“elemento fundamental del sistema sanitario y su función impulsora del desarrollo económico y social”*. Y, a la vez esta declaración tendría un papel fundamental en la posterior definición de la atención primaria y del movimiento de reformas que invadió Europa. En España por su influencia se crearía, a modo de ejemplo, por Real Decreto 2015/1978, la especialidad de medicina de familia.

¹² Para un análisis de la evolución de la atención primaria en España en las últimas décadas ver AA. VV., *“Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Una visión histórica de la atención primaria en España y su encuadre en la evolución económica del país”*, *Documento de Trabajo 171/2011*, Fundación Alternativas, pp. 17 y ss.

La LGS prevé el establecimiento de un catálogo de prestaciones sanitarias públicas que se enuncia en las disposiciones reglamentarias que se suceden, principalmente en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (en adelante ROPS)¹³, donde se contienen, dibujadas en cinco grandes bloques –*atención primaria, atención especializada, farmacéuticas, complementarias, y servicios de información y documentación sanitaria*– las prestaciones que se facilitan a las personas “directamente por el Sistema Nacional de Salud”. La norma regula, de forma genérica, las prestaciones de atención primaria centradas en la atención de urgencia ambulatoria y en el domicilio del paciente que se desdoblan en prestaciones de alcance general y especial a favor de determinados colectivos (infancia, mujer, anciano, etc.). Las prestaciones de atención especializada se presentan en la LGS bajo distintas modalidades, desde asistencia especializada ambulatoria en consultas, pasando por asistencia ambulatoria en hospital de día, hasta llegar a asistencia en régimen de hospitalización por prescripción facultativa o uso de servicio de urgencia¹⁴.

El catálogo de prestaciones contenidas en el ROPS no se presenta en forma de cláusula abierta, ya que sólo se reconoce el derecho a las prestaciones en él incluidas, pero su carácter cerrado no es obstáculo alguno para la posibilidad de incorporación de nuevas prestaciones, la actualización del catálogo de las prestaciones señaladas (disposición adicional primera y segunda), y la previsión de cláusulas generales de carácter complementario. Tampoco la concreción por vía reglamentaria del catálogo de prestaciones, que el Sistema Nacional de Salud debe asegurar a toda la ciudadanía, excluye la posibilidad de prestaciones

¹³ La permanente evolución de la atención sanitaria tiene reflejo, exteriorizada en avances, mejoras e innovaciones, en la sustitución del presente reglamento por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (en adelante RDCSC).

¹⁴ En el artículo 2 del ROPS se excluyeron del conjunto de prestaciones sanitarias “aquellas atenciones, actividades o servicios” en los que se den alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Que no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica o que hayan quedado definitivamente superadas por otras disponibles.
- b) Que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalidamiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.
- c) Que se trata de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales, u otras similares, sin perjuicio de su posible atención por los servicios sociales o de otra naturaleza.

Asimismo, se describen una serie de prestaciones que si bien no son financiadas con cargo a fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria se confirma que “podrán ser realizadas en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (...) con cargo a otros fondos públicos” (artículo 4 ROPS). Se trata de las prestaciones previstas en el Anexo III de esta norma e identificadas con la expedición de informes o certificados sobre el estado de salud distintos de los previstos en el Anexo I; los reconocimientos y exámenes o las pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros; la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita; los tratamientos en balnearios y las curas de reposo; la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos, el psicoanálisis y la hipnosis.

complementarias asumidas por las CC.AA. con cargo a sus propios recursos (disposición adicional quinta). En definitiva, el conjunto de las prestaciones sanitarias de nuestro sistema sanitario público se ordena bajo una cláusula cerrada, permitiendo el uso de fórmulas abiertas y señalando el contenido concreto del derecho a la protección de la salud.

En la actualidad el derecho a la asistencia sanitaria se identifica en el sistema sanitario de nuestro país con un conjunto de prestaciones sanitarias definidas en el catálogo diseñado por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y concretadas en el RDCSC. La novedad que presenta la LSNS está ligada al proceso de transferencia de competencias en materia de sanidad a las distintas CC.AA. y, por ello, se destaca el sistema prestacional de salud en España como “garantía de equidad y accesibilidad a una adecuada asistencia sanitaria”, por lo que se define un catálogo de prestaciones sanitarias y una cartera de servicios comunes a todos los sistemas sanitarios autonómicos.

En la búsqueda de un nuevo modelo y nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos “recibir un servicio público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva”¹⁵ se detiene la Ley de Cohesión ocupándose, principalmente, de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud “cuya garantía constituye uno de los principales objetivos de la Ley, por lo que se les dedica una atención preferente”¹⁶. La Ley utilizando un planteamiento nuevo identifica el contenido de las prestaciones sanitarias a través de la determinación del “catálogo de prestaciones” y su distinción de la “cartera de servicios”¹⁷. El primero está integrado por “los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud” (artículo 7); y la cartera de servicios presenta un contenido instrumental y se compone del “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias (artículo 20.1)”. La exigencia del contenido común de las prestaciones sanitarias y su materialización en todo el territorio nacional no quiebra la posibilidad de que las CC.AA. incorporen, junto a las prestaciones comunes otras adicionales y, así, se permite la aprobación de “su cartera de servicios” que debe incluir, “cuando menos” la cartera de servicios del SNS¹⁸.

¹⁵ Apartado I de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

¹⁶ Apartado III de la Ley 16/2003, 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

¹⁷ Si bien la LGS no contempla esta distinción, la incorporación de “nuevas técnicas” y “nuevas prestaciones” se recoge, de manera separada, en las disposiciones primera y segunda del ROPS.

¹⁸ Artículo 20.2 LSNS. En este sentido la posibilidad de que las CC.AA. puedan incorporar nuevas prestaciones o mejorar las existentes se reconoce en vía judicial. La Sentencia del Tribunal Constitucional 98/2004, de 25 de mayo, permite a las CC.AA. la posibilidad de fijar “los precios de referencia de los medicamentos” confirmando la constitucionalidad del Decreto Canario que permitía al Gobierno autonómico dicha fijación.

La Ley de Cohesión dispone que el catálogo de prestaciones del SNS tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para “una atención integral continuada” y en el nivel adecuado de atención; determina los servicios o conjuntos de servicios –preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud– dirigidos a los ciudadanos y señala que la salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario, son las prestaciones básicas que lo integran. Concreta la norma estatal que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas a través de la “cartera de servicios comunes” que se acordará por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará por Real Decreto¹⁹.

La carta de servicios comunes como conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias se elaborará teniendo en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo, las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo. La Ley de Cohesión diseña la carta de servicios comunes que se presenta bajo una triple modalidad: la cartera básica de servicios comunes asistenciales; la cartera suplementaria y, finalmente la cartera de servicios accesorios²⁰. En el sistema prestacional de salud que está siendo objeto de análisis el RDCSC irrumpe como la norma esencial en la regulación de las prestaciones sanitarias, ya que define el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, etc. y, en paralelo, asienta las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del SNS. Como acaba de verse, el actual sistema prestacional de asistencia sanitaria se edifica atendiendo, por un lado a la determinación del catálogo de prestaciones que se identifican en la Ley de Cohesión y, por otro, al examen de la cartera de servicios comunes del SNS cuyo contenido recoge el RDCSC.

Pero el diseño de todo este entramado jurídico destinado a la efectividad de las prestaciones sanitarias ha de conectarse con la realidad, con el funcionamiento del propio sistema

¹⁹ Creado por la LGS (artículo 47), ese órgano mantiene su presencia, dotado de nuevas competencias identificadas a lo largo de su articulado, en la Ley de Cohesión. Sobre las funciones del Consejo Interterritorial véase M. Vaquer Caballería: “La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”, L. Parejo, A. Palomar y M. Vaquer (coord.), *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid, 2004, pp. 122 y ss.; también P. Escribano Collado: “La cohesión del Sistema Nacional de Salud: las funciones del Consejo Interterritorial”, *Revista Andaluza de Administración Pública*, nº 52, 2003, pp. 11 y ss.

²⁰ La carta de servicios básica engloba todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente (artículo 8 bis); la cartera suplementaria identificada con todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario la prestación farmacéutica, ortoprotésica, con productos dietéticos, el transporte sanitario no urgente (artículo 8 ter) y, finalmente, la cartera de servicios accesorios (artículo 8 quáter).

prestacional, para contrastar en qué situación, de ampliación o restricción, se encuentra el catálogo de las prestaciones. En el primer momento la LGS apuesta por la expansión de las prestaciones sanitarias, en particular, con el reconocimiento de la atención primaria frente a la asistencia primaria anterior²¹. Poco a poco el catálogo de prestaciones se estanca parcialmente con el ROPS que tan solo incorpora, pendientes de desarrollo reglamentario, las prestaciones que requerían tratamiento especializado²². Lejos de seguir la vía del crecimiento las prestaciones del SNS se van manteniendo durante los últimos años, porque la incorporación de nuevas prestaciones no es la tendencia seguida sino, más bien, alcanzar la mejora en las prestaciones ya existentes²³. La calidad en la prestación de asistencia sanitaria, la accesibilidad y la disminución de los tiempos de espera, la incorporación de diagnósticos y medios terapéuticos más modernos y eficaces, etc. son y serán los retos²⁴.

II. LA ORDENACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD ANDALUZ

1. La descentralización sanitaria y el desarrollo del sistema autonómico de salud

Bajo el principio general de descentralización, una vez completadas las transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria a favor de las Comunidades Autónomas, la Comunidad Autónoma de Andalucía (CAA) alcanza el protagonismo y la opción por la titularidad de un servicio público de salud propio²⁵. La concepción de la asistencia sanitaria se basa,

²¹ Artículos 18.2, 56.2.a y 62 a 64 LGS.

²² Nos referimos a las prestaciones vinculadas a tratamientos dietoterápicos complejos y la oxigenoterapia a domicilio (Anexo I, apartado 5.3ª y 4ª ROPS).

²³ El contexto de las prestaciones del SNS contrasta con las previsiones en el ámbito autonómico donde algunas CC.AA., como es el caso de Andalucía, han apostado por la ampliación del catálogo prestacional. En este sentido la mejora de las prestaciones sanitarias tiene reflejo en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud, que señala el derecho de los ciudadanos "a solicitar y obtener certificados médicos" (artículo 6.1.i); "a que se garantice el acceso a las prestaciones sanitarias en el tiempo máximo que reglamentariamente se fije" (artículo 6.1.m); "a disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso en los términos que se establezca reglamentariamente" [artículo 6.1.ñ (3º.o)].

²⁴ Ciertamente "lo que no es poca cosa" como señala J. M. Pemán Gavín, *op. cit.*, 2005, p. 91.

²⁵ La titularidad de las competencias sanitarias se adopta en Andalucía con la promulgación de su Estatuto de Autonomía (1981), en concreto definidas en sus artículos 13.21 y 20.1 y se amplían, posteriormente, con la aprobación del Estatuto de última generación (2006), confiriendo competencia exclusiva a la CA en materia de salud y sanidad (artículo 55). Todo el proceso de transferencia de las competencias se inicia en el año 1981 asumiendo las competencias que en materia de sanidad e higiene tenía atribuido el Ministerio de Sanidad y Consumo (Real Decreto 1118/191, de 24 de abril); en el año 1984, por Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero, se integra la gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social, hasta ese momento bajo la responsabilidad del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y, un año más tarde, se suman las competencias

integrando el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma y de las entidades privadas, en la existencia de un sistema de salud universalizado. Así, configurado como sistema sanitario descentralizado, obligatorio y único, con el objetivo de garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud, nace el Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA).

Como materialización del principio de autonomía el proceso de elaboración del sistema sanitario autonómico se inicia, entre otras medidas legislativas, con la aprobación de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud (LSAS)²⁶. Por lo que respecta al nuevo modelo organizativo el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se define como el órgano responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud, forma parte del SSPA y está adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, es el órgano de la Administración autonómica que tiene encomendadas las funciones de fijar las directrices de la política de salud y dirección de los organismos responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma.

Tras la entrada en funcionamiento del SAS la Ley autonómica sienta, en el marco de un entramado organizativo único, las líneas básicas de la gestión sanitaria y se presenta como *“una ley instrumental, no sustantiva, limitada a la determinación de la estructura orgánica para la adecuada gestión y prestación de este servicio público, quedando pendientes de regulación aspectos tan esenciales como la participación social, respetando en todo caso la intervención institucional de sindicatos y asociaciones empresariales, la ordenación de las actividades sanitarias y el conjunto de derechos y deberes de los ciudadanos”* (apartado III Exposición de Motivos). Con todo, el carácter estructural de la norma unido al vacío previsto por el legislador permiten que se acometa la elaboración de una norma con vocación de ordenar todo el ámbito sanitario andaluz, *“una norma sustantiva de salud para Andalucía”* (apartado IV Exposición de Motivos).

En el contexto marcado por la LSAS nace la Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (LSA), presentada como una norma de carácter general que acomete la labor de consolidación de un sistema sanitario público universal, integral, solidario y equitativo, que teniendo en cuenta la totalidad de los recursos, humanos, financieros, técnicos, y siendo

de los centros sanitarios gestionados por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo (Real Decreto 1713/1985, de 1 de agosto); por último, el proceso se completa en el año 2004, con el Real Decreto 1784/2004, de 30 de julio, con el traspaso de las funciones y servicios prestados, en materia de asistencia sanitaria, por el Instituto Social de la Marina (ISM).

²⁶ Entre las primera medidas legislativas cabe citar el Decreto 11/1984, de 25 de abril, que crea la red de asistencia sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía y la Ley 9/1984, de 3 de julio, por la que se crea el Instituto Andaluz de Salud Mental.

socialmente eficiente implante las bases para una ordenación sanitaria eficaz²⁷. Como establece en su propia Exposición de Motivos, la Ley destaca la previsión de un único servicio de salud *“la Ley de Salud de Andalucía es una norma que consolida y refuerza la existencia de un Sistema Sanitario Público de aseguramiento y financiación públicos, universal, integral, solidario y equitativo, a la vez que pone las bases reguladoras para una ordenación sanitaria eficaz, que tenga en cuenta todos los recursos y que sea socialmente eficiente (...) dejando claramente establecidos los principios nucleares que caracterizan a un Sistema Sanitario Público sin fisuras y al servicio de las necesidades y deseos de todos los andaluces”* (apartado VII Exposición de Motivos)²⁸.

La LSA pretende, como objeto principal y presente en todo el articulado, según establece en su propia Exposición de Motivos, *“la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos andaluces y la ordenación general de las actividades sanitarias públicas y privadas en Andalucía, bajo los principios de coordinación de las actuaciones y recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión, participación de ciudadanos y de profesionales, mejora de la calidad en los servicios y utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios que sean necesarios para la consecución de sus objetivos”* (apartado VI LSA). Conjuntamente descubre, identificados como universalidad, equidad, sostenibilidad, participación, corresponsabilidad, calidad, etc. los valores que guiarán la actuación organizativa del SSPA.

Conforme a estos postulados y valores nos interesamos, al ser el objeto de nuestro trabajo, por el contenido que la LGS, tras universalizar la atención sanitaria garantizada a todos los ciudadanos andaluces, dedica en el Título III a la regulación de la participación ciudadana en el SPA, definiendo el Consejo Andaluz de Salud como el máximo órgano de participación social en la formulación de la política sanitaria. La ordenación sanitaria se atiende en el Título VII donde se detallan, en los Capítulos II y III, los principales aspectos de su organización funcional y territorial. Por último, en este mismo título, pero en su Capítulo

²⁷ En el ámbito sanitario se presentan, como leyes integradas en el sistema normativo autonómico, la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña; la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura; la Ley 12/2001, de 12 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Madrid y la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

²⁸ La consolidación de este sistema sanitario es el objetivo estratégico de la política sanitaria andaluza, cuyo principal instrumento son los planes de salud. En el I Plan Andaluz de Salud (1993-1997) y en el II Plan Andaluz de Salud (1999-2002) se definen las prioridades y objetivos básicos de salud. El III Plan Andaluz de Salud (2003-2008) bajo el eslogan *“Andalucía en Salud: Construyendo nuestro futuro juntos”*, presenta como objetivo principal *“incrementar la implicación y la responsabilidad de usuario, organizaciones empresariales, administraciones y organizaciones sociales para garantizar la efectividad de las intervenciones en salud”*. El IV Plan Andaluz de Salud, vigente en la actualidad, bajo el eslogan *“Salud en todas las políticas”* asume como compromiso el desarrollo y la aplicación de la estrategia de salud colectiva como eje transversal en todas las políticas, a la vez supone la plasmación, en medidas concretas, de la reciente Ley de Salud de Andalucía.

VII, se describen los rasgos más generales que definen la colaboración de la iniciativa privada con el SPS. Por tanto, este es el escenario de nuestro trabajo y a estos protagonistas destinaremos el contenido de las siguientes páginas.

2. La ordenación y zonificación territorial del sistema andaluz de salud

Recordaremos que el Estado establece el marco básico de la organización sanitaria a la que ha de ajustarse la Comunidad Autónoma precisando que el Servicio de Salud se constituye y queda integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, realizando su gestión bajo la responsabilidad de la propia Comunidad Autónoma²⁹.

La asunción de competencias en materia de organización sanitaria y la autonomía de la Comunidad Autónoma Andaluza dan lugar a la transformación sustancial de la estructura territorial sanitaria y la creación de nuevos elementos. La LSA mantiene el SSPA estructurado en un doble nivel: territorial y funcional y describe, respectivamente, los órganos y niveles que lo integran; por un lado, las demarcaciones territoriales y geográficas, en concreto, las Áreas de Salud, las Zonas Básicas de Salud y los Distritos de Atención Primaria de Salud y, por otro, las categorías de atención sanitaria, la Atención Primaria y la Atención Especializada.

Los servicios sanitarios respecto a la ordenación y zonificación territorial que va a ser objeto de análisis han estado sujetos, desde 1985, a un permanente proceso de evolución y cambios, la descentralización y desconcentración propias de la primera época van dejando paso a un procedimiento donde la ordenación territorial responde a una mayor concentración de los recursos y servicios. El modelo territorial diseñado es un modelo descentralizado “ex novo” que complementa la distribución territorial anterior creando nuevas estructuras y, desde sus comienzos, señala la pirámide del sistema sanitario andaluz dando lugar a un nuevo patrón territorial que pretende ser más coherente y eficiente. Tras varias décadas el modelo de organización territorial previsto ha tenido tropiezos y dificultades en el doble objetivo de alcanzar una descentralización efectiva en la planificación y gestión y una desconcentración de los servicios y equipamientos que permitan, por un lado, la mejora de la atención sanitaria y, por otro, alcanzar mayor cota de igualdad entre los diferentes territorios. No obstante, con el nuevo modelo de ordenación territorial previsto en la LSA los servicios sanitarios han alcanzado en Andalucía su mayoría de edad³⁰.

²⁹ Artículo Cincuenta LGS.

³⁰ Como afirma E. López Lara, Territorio y ordenación de los servicios sanitarios en Andalucía, E. López Lara (coord.), *Servicios y transporte en el desarrollo territorial de España*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2003, p. 125.

A) Las Áreas de Salud

Desde la perspectiva sanitaria la ordenación del territorio en la Comunidad Autónoma de Andalucía se divide en demarcaciones territoriales, según dispone la LGS –artículo 56–, “denominadas Áreas de Salud” que se convierten, definidas como “estructuras fundamentales del sistema sanitario”, en protagonistas y responsables “de la gestión unitaria de los centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma”³¹. La LSA decide que para la consecución de sus fines el SSPA se organice en Áreas de Salud (AS), consideradas como “demarcaciones territoriales” (artículo 48) que constituyen el marco territorial de referencia para la organización de los servicios de asistencia sanitaria³².

La LSA determina que la delimitación de las Áreas de Salud como unidad territorial básica del sistema sanitario es, teniendo en cuenta la ordenación territorial propia de la Comunidad Autónoma, competencia de la Junta de Andalucía, declara que el Consejo de Gobierno es el órgano competente para la aprobación y modificación de sus límites territoriales y apunta que su estructura se puntualice por vía reglamentaria³³. En este sentido, el artículo 12 del Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, haciendo coincidir el Área de Salud con la delimitación por provincias, organiza el SSPA en ocho demarcaciones territoriales ubicando como mínimo en cada provincia, tal como está previsto por la LGS, un Área de Salud³⁴.

Configurada como marco referencial para la planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, la delimitación de la AS como unidad territorial se realiza atendiendo a múltiples variables socio-económicas, geográficas, demográficas y estructurales, de forma que se asegure la accesibilidad a los servicios sanitarios de todos los ciudadanos. De todos ellos el indicador poblacional es el que alcanza una mayor significación ya que la Comunidad Au-

³¹ Las Áreas de Salud son consideradas como “aquella circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros de profesionales de atención primaria bajo su dependencia organizativa y funcional” a efectos del Sistema de Información de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SIAP), como señala el Instituto de Información Sanitaria en el documento “Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas”. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), 2012, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, p. 6. (publicación en internet, consulta 25/07/2013): <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>.

³² Las CC.AA. teniendo como base diferentes criterios organizativos de planificación y gestión han organizado la atención sanitaria de forma diferenciada y cada una de ellas ha adaptado el término común “Área de Salud”, tanto en su nomenclatura como en su dimensión, a sus peculiaridades. Son estructuras equivalentes al Área de Salud las denominaciones específicas de “Área Sanitaria” utilizada en el Principado de Asturias; la “Región Sanitaria” en Cataluña; el “Departamento de Salud” en la Comunidad Valenciana; la “Gerencia de Atención Primaria” en Galicia y la “Comarca Sanitaria” en el País Vasco.

³³ La LSAS –artículo 9– ya había establecido estas circunscripciones administrativas, cuya gestión se encomienda a las Gerencias Provinciales del SSPA.

³⁴ Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área (BOJA núm. 148, de 27 de diciembre).

tónoma debe tomar como referencia la previsión descrita como regla general por la LGS, que extiende la acción sanitaria a una población “no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000 habitantes”, por tanto, la estructura territorial autonómica debe agrupar municipios cuya suma poblacional esté comprendida en esta franja y, en consecuencia, en aquellas agrupaciones de municipios cuya población sea superior el SSPA debe implantar más de un Área de Salud³⁵.

La autonomía practicada por la Comunidad Autónoma de Andalucía en la forma de organizar la atención sanitaria está delimitada, en la medida en que puede variar la extensión territorial y el contingente de población integrada en cada una de las citadas Áreas, por la exigencia de que desde éstas circunscripciones administrativas puedan cumplirse los objetivos señalados por la LGS (artículo 56.4). A este respecto, la Ley andaluza se olvida de la misión encomendada a las Áreas de Salud de “ofrecer todas las prestaciones propias del sistema sanitario con distribución de manera desconcentrada y respondiendo siempre a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios” (apartado III Exposición de Motivos LGS). Por ello, el principal efecto de la delimitación de las Áreas de Salud formalizada por la norma reglamentaria es, teniendo en cuenta las poblaciones de cada una de las provincias de la Comunidad Andaluza, la superación de forma notoria de los límites poblaciones indicados y, por tanto, relegando, en el sentido del artículo 149.1.16 CE, la condición de norma básica y con aplicación en todo el territorio de la LGS. Este tratamiento de las demarcaciones territoriales, que parece ignorar la atención sanitaria de forma diversificada y desconcentrada que la Ley estatal predica, tiene como consecuencia la declaración de nulidad del citado artículo 12³⁶.

B) Las Áreas de Gestión Sanitaria

En el proceso de evolución de la descentralización y desconcentración de la gestión sanitaria en Andalucía surge, como consecuencia del grado de desarrollo de los servicios sanitarios y de las características geográficas de la Comunidad, la propuesta de ampliación de ámbitos de gestión unitaria en determinadas Áreas de Salud para el acercamiento de la toma de decisiones al lugar donde se prestan los servicios. La facultad de organizar una nueva estructura de gestión específica recae en el Consejo de Gobierno que procede al

³⁵ Para un análisis de los cambios demográficos y de la evolución de la población en Andalucía ligados a la materia sanitaria véase VV. AA., “Cambios en el dispositivo asistencial y su adecuación a los cambios demográficos y a los nuevos retos sociosanitarios”, G. López I Casasnovas (dir.), *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías*, vol. II, Fundación BBV, Bilbao, 2001, pp. 81 y ss.

³⁶ Así lo declara la Sentencia núm. 1.024/2009, de 20 de julio, del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Aranzadi 2009:879), en relación con el Recurso núm. 1.172/02, presentado por el Sindicato de Enfermería –SATSE– contra la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

reconocimiento, como demarcación territorial para la gestión unitaria de los recursos de un Área Hospitalaria, a las Áreas de Gestión Sanitaria (AGS)³⁷.

Para la creación de estas nuevas áreas y su ubicación en cada una de las zonas geográficas de referencia se toman, nuevamente en consideración, un conjunto de indicadores demográficos, geográficos y estructurales que condicionan la implantación del nuevo modelo organizativo. A partir de la experiencia positiva desarrollada desde la primera AGS, creada en el año 1996, el SSPA ha ido planificando la sucesiva creación de nuevas demarcaciones territoriales contando en la actualidad con catorce AGS³⁸.

C) Las Zonas Básicas de Salud

En la organización territorial de las Áreas de Salud la legislación estatal establece –artículo 62 LGS– que se dividan en Zonas Básicas de Salud y constituyan el marco territorial de la atención sanitaria primaria. Las Zonas de Salud son definidas como “la demarcación poblacional y geográfica fundamental, delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención continuada integral y permanente”. Asimismo “la delimitación del marco territorial que abarca cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma”³⁹. En la Comunidad Autónoma de Andalucía el proceso de delimitación territorial de los servicios sanitarios se inicia con la creación de los Servicios de Atención Primaria de Salud por el Decreto 195/1985, de 28 de agosto,

³⁷ Como determina la disposición adicional segunda de la Ley 9/1993, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1994. También se reconoce esta nueva demarcación territorial de aplicación a los Distritos de Atención Primaria.

³⁸ En el año 2011, el número de AGS era de 9, según los datos facilitados en el informe elaborado por el Instituto de Información Sanitaria: *Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*, año 2011, Madrid, 2012, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, p. 4 (publicación Internet, consultada 12/07/2013). http://www.mspsi.es/esdEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio_/siap.htm.

En el año 2013 esta estructura sanitaria se ha visto incrementada y las AGS son 14, distribuidas de acuerdo con el siguiente reparto: En la provincia de Almería se crea el AGS Norte de Almería (Orden de 5 de octubre de 2006) ya que se suprime el AGS Poniente de Almería (Decreto 67/1996, de 3 de enero) al crearse en la misma zona geográfica la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería (Decreto 529/2004, de 16 de noviembre); en la provincia de Cádiz se reconocen dos, el AGS Campo de Gibraltar (Orden de 2 de diciembre de 2002) y el AGS Norte de Cádiz (Orden de 13 de febrero de 2012); en la provincia de Granada también son dos, el AGS Nordeste de Granada (Orden de 13 de febrero de 2013) y el AGS Sur de Granada (Orden de 5 de octubre de 2006); en la provincia de Huelva sólo se ubica el AGS Norte de Huelva (Orden de 20 de noviembre de 2009); en la provincia de Málaga se integran tres, el AGS Este de Málaga-Axarquía (Orden de 20 de noviembre de 2009), el AGS Norte de Málaga (Orden de 5 de octubre de 2006) y el AGS Serranía de Málaga (Orden de 5 de octubre de 2006); finalmente, en la provincia de Sevilla se implantan dos, el AGS de Osuna (Decreto 96/1994, de 3 de mayo y Decreto 69/1996, de 13 de febrero) y el AGS Sur de Sevilla (Orden de 13 de febrero de 2013).

³⁹ Así lo dispone el artículo 1 del Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (BOE de 1 de febrero de 1984).

donde se estructura su organización en unidades territoriales de prestación y asistencia denominadas Zonas Básicas de Salud (ZBS)⁴⁰.

El desarrollo de estas demarcaciones se contempla por la LSA al mencionar expresamente –artículo 49– que las Áreas de Salud se dividan territorialmente en Zonas Básicas de Salud identificadas como “marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud” –artículo 50.1–. La zonificación de la atención primaria sanitaria se basa en las ZBS que se presentan como la demarcación poblacional y geográfica nuclear de la atención primaria de salud, es la demarcación territorial y geográfica más adecuada para proporcionar “una asistencia continuada, integral, permanente y accesible” a todos los ciudadanos andaluces. Cada ZBS tiene asignada, con carácter general, una población comprendida entre 5.000 y 25.000 habitantes, sin perjuicio de poder extenderse a poblaciones mayores e, incluso, a núcleos inferiores a estos límites⁴¹. De igual forma que las Áreas de Salud, la localización de las nuevas estructuras responde a criterios socioeconómicos, geográficos, demográficos y estructurales y, en todo caso, las ZBS son las unidades territoriales de asistencia identificadas directamente, tanto en el medio rural como urbano, con los municipios o agrupaciones de municipios andaluces⁴².

En el SSPA la estructura territorial de las ZBS se delimita definitivamente con la aprobación del Mapa de Atención Primaria de Salud (MAPSA) que se muestra, debiendo ser revisado cada año, como un instrumento dinamizador para la implantación y puesta en funcionamiento de las ZBS⁴³. Este instrumento, que forma parte del Mapa Sanitario General de Andalucía, revisa el ámbito territorial y fija el número de estas unidades de asistencia, existiendo en la actualidad, al menos, 216 ZBS⁴⁴.

⁴⁰ Decreto 195/1985, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía (BOJA núm. 89, de 14 de septiembre), derogada por el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (BOJA núm. 140, de 17 de julio).

⁴¹ Por Decreto 60/1999, de 9 de marzo (BOJA núm. 43, de 13 de marzo), se aplica la previsión de implantación de ZBS mayores de 25.000 habitantes en los grandes núcleos urbanos de Andalucía.

⁴² En Andalucía las ZBS se integran, porque no dividen ningún municipio, en 770 municipios, según datos del Informe del Instituto de Información Sanitaria, 2011, *op. cit.*, p. 5.

⁴³ Desde la aprobación del MAPSA por la Orden de 7 de enero de 1988 (BOJA núm. 6, de 26 de enero), ha tenido lugar, para su adaptación a los cambios de población producidos en los años posteriores, una revisión permanente de la delimitación territorial de las ZBS. Así, podemos señalar las siguientes modificaciones y actualizaciones: primera por la Orden de 4 de febrero de 1991, por la que se aprueba el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (BOJA núm. 11, de 12 de febrero); segunda, la Orden de 8 de junio de 1999, por la que se modifica el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (BOJA núm. 71, de 22 de junio); tercera, la Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (BOJA núm. 70, de 15 de junio).

⁴⁴ Instituto de Información Sanitaria: “Ordenación Sanitaria del Territorio...”, *op. cit.*, p. 10. Si bien las ZBS se identifican en el Anexo I de la Orden de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía.

D) El Distrito de Atención Primaria de Salud

Paralelamente a la ordenación de las ZBS el Decreto 195/1985, describe la organización territorial de los servicios sanitarios andaluces de atención primaria subdividida en demarcaciones geográficas más reducidas, en los Distritos de Atención Primaria (DAP). Los DAP están integrados, formando parte, a su vez, de las AES, por varias demarcaciones territoriales básicas, es decir, por el conjunto de ZBS vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración. A los efectos de organización de la atención primaria son las unidades organizativas de planificación y gestión de la asistencia primaria y, al mismo tiempo, son las unidades presupuestarias de gasto y deben disponer de recursos asistenciales que garanticen su autosuficiencia.

Para la cobertura sanitaria los DAP tienen adjudicada, con excepciones, una población entre 40.000 y 100.00 habitantes y se definen por el MAPSA, diferenciando entre las áreas rurales y urbanas, procurando la concordancia de la división territorial sanitaria y la división administrativa o municipal. El desarrollo de los servicios de atención primaria es una constante desde la aprobación del Decreto 195/1985, y así se refleja en el MAPSA (1988) donde se definen 67 distritos subdivididos en 352 ZBS⁴⁵. Sin embargo, la evolución de la atención primaria ha estado acompañada de un incremento de la complejidad asistencial que ha llevado a reducir por el MAPSA (2002), de forma significativa, el número de los DAP hasta llegar en la actualidad a 33⁴⁶.

Los DAP se establecen como niveles intermedios de gestión y se convierten en la primera experiencia de creación de una estructura específica de recursos con la pretensión de ser una pieza clave para el nuevo modelo de la asistencia sanitaria de atención primaria⁴⁷. Sin duda, la descentralización formal en la planificación y gestión de las actividades y la plasmación de un nuevo modelo territorial han dotado a la atención primaria de un conjunto organizativo más coherente pero, en ningún caso, ajeno a dificultades para la consecución de sus objetivos, pudiendo enumerarse, entre otras, la imposibilidad real de que dicha gestión descentralizada pueda ejercitarse plenamente, la falta de cohesión y complementariedad con otros servicios sanitarios, o el inacabado proceso de zonificación geográfica⁴⁸.

⁴⁵ Como se puede apreciar en la evolución del número de DAP señalada en VV. AA., "Cambios en el dispositivo asistencial..." *op. cit.*, 2001, p. 80.

⁴⁶ Ministerio de Sanidad y Política Social: *Sistema Nacional de Salud. Organización general de la atención primaria en las Comunidades Autónomas*, Instituto de Información Sanitaria, Madrid, 2010, p. 4 (publicación en internet, consulta 19/07/2013), <http://www.msps.es/estadEstudios/>.

⁴⁷ Esta es la idea que se plasma en la reunión de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (Málaga 1990) como manifiesta VV. AA., "Distritos de atención primaria: la experiencia andaluza", en *Revista Sanidad e Higiene Pública*, nº 4 julio-agosto, 1991, p. 299.

⁴⁸ Algunos de estos obstáculos son analizados en VV. AA., "Distritos de atención primaria..." *op. cit.*, pp. 302 y ss.

E) Las Áreas Hospitalarias

Junto a los DAP la Ley 8/1986, de creación del SAS, dispone –artículo 9– que cada una de las demarcaciones territoriales de salud se ordenen en otras unidades menores, las Áreas Hospitalarias (AH). El AH se regula en el Decreto 105/1986, de 11 de junio, es la demarcación geográfica para la gestión y administración de la asistencia sanitaria especializada, está integrada, al menos, por un Hospital y por los Centros Periféricos de Especialidades a él adscritos, si bien las necesidades asistenciales de la población de un DAP permiten que la atención sanitaria puedan atenderse por distintas áreas hospitalarias⁴⁹. Para su delimitación se utilizan criterios geográficos, demográficos de accesibilidad de la población y de eficiencia para la prestación de la asistencia especializada. Todo este conjunto de unidades sanitarias están adscritos al hospital para la prestación de la asistencia especializada, e integrados en el SAS constituyen la Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía.

3. La ordenación funcional de los servicios sanitarios andaluces

Partiendo de las pautas estatales el SSPA se ha ido convirtiendo, con una inequívoca vocación de universalidad, solidaridad y equidad, en el garante del derecho de los ciudadanos andaluces a la protección de la salud. A nivel interno la atención sanitaria prestada por el SSPA se lleva a la práctica, principalmente, por el SAS, y se ofrece a través de servicios médico-preventivos, curativos, rehabilitadores y de higiene y educación sanitaria⁵⁰. De modo general primero la LGS –artículo 18– atribuye a las Administraciones Públicas, a través de sus servicios de salud y de sus órganos competentes, el desarrollo de actuaciones sanitarias como la atención primaria integral de la salud y la asistencia sanitaria especializada. Más recientemente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define el catálogo de prestaciones común a todos los sistemas sanitarios autonómicos e identifica, dentro del contenido prestacional básico de la asistencia sanitaria, las actuaciones de atención primaria y especializada. Haciendo uso de estas previsiones la Comunidad Autónoma de Andalucía dibuja, en el ámbito específico de la asistencia sanitaria, un lienzo donde se incluyen, entre otras prestaciones: la atención primaria y la atención especializada.

⁴⁹ Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales (BOJA núm. 14, de 22 de octubre). Parcialmente derogado por el Decreto 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales (BOJA núm. 127, de 5 de noviembre).

⁵⁰ Creado como organismo autónomo y adscrito a la Consejería de Salud conforme a lo previsto en el artículo 65 de la LSA, el SAS es una agencia administrativa de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, que se adscribe a la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y adscrito funcionalmente a la Viceconsejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (artículo 16 del Decreto 140/2013, de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud (BOJA núm. 193, de 2 de octubre).

A) *Las prestaciones de atención primaria de salud*

El desarrollo de las prestaciones de Atención Primaria de Salud (AP) se asientan dentro del SAS en las siguientes líneas estratégicas: la descentralización efectiva en la gestión y planificación de las actividades y los servicios; la garantía de oferta de servicios sanitarios concordantes con la concepción integral de la salud; la oferta de tratamiento sanitario continuado a través de los instrumentos y mecanismos de coordinación necesarios y, por último, la promoción de la participación ciudadana en la gestión de los servicios sanitarios⁵¹.

La AP es el nivel básico e inicial de acceso al SSPA que garantiza la globalidad y continuidad de los cuidados sanitarios a lo largo de toda la vida del ciudadano e integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos⁵². La LSA legitima a la Comunidad Autónoma para iniciar el proceso de ordenación de los servicios sanitarios de atención primaria determinando que la asistencia sanitaria se preste, en aras de la máxima operatividad y eficacia, por equipos de profesionales multidisciplinares y a través de una red de equipamientos sanitarios⁵³. Concretamente la estructura organizativa de la atención primaria gira alrededor de los Centros de Salud, Centros de Atención Primaria de Salud y los Equipamientos de Atención Primaria.

a) *Centros de Atención Primaria.*

La LSA dispone –artículo 52.3– que la atención primaria se lleve a efecto en los Centros de Salud y Consultorios Locales y Auxiliares transformados, por reforma del Decreto 197/2007, en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS). El Centro de Salud es la estructura física y funcional que permite, como cabecera de cada ZBS, el desarrollo integral, permanente y adecuado de la atención primaria de salud siendo prestado por el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que en él actúan. Tanto a nivel urbano como ru-

⁵¹ El modelo organizativo coherente para la gestión de la AP que vamos a presentar en las siguientes páginas ha tenido para su desarrollo serias dificultades que han sido estudiados por VV. AA., “Distritos de atención primaria...” *op. cit.*, pp. 302 y ss.

⁵² Desde 1984 la atención primaria se considera “la imagen de marca” de la sanidad andaluza como manifiestan VV. AA., “Cambios en el dispositivo asistencial y su adecuación a los cambios demográficos...” *op. cit.*, 2001, pp. 87 y 106.

⁵³ La satisfacción de los usuarios con la AP ha tenido, tanto a nivel estatal como autonómico, una evolución muy positiva. Así, en el ámbito del Estado el nivel de satisfacción percibido en el quinquenio 1985-1990 inicialmente por debajo del 50% se incrementaría hasta acercarse al 70%, y en el siguiente quinquenio 1990-1995 se estabiliza en un 75% como se recoge por AA. VV. *Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Una visión histórica de la atención primaria*, *op. cit.*, p. 22. En la Comunidad Autónoma de Andalucía el nivel de satisfacción se sitúa, considerando que los usuarios “están satisfechos o muy satisfechos” con la asistencia recibida, en un 91,9% como se indica por la Junta de Andalucía: *La atención sanitaria en Andalucía* (publicación en Internet, consultada 22/07/2013):

http://www.calidadsaludandalucia.es/es/anexo_2.html.

ral cada ZBS contará, al menos, con un Centro de Salud, si bien las poblaciones del medio rural podrán disponer, en zonas que carezcan de esta unidad de salud, de Consultorios Locales y Auxiliares y en el ámbito urbano se podrán ubicar otras instalaciones diferentes pero dependientes, en cualquier caso, de los Centros de Salud. Del conjunto de Centros de Salud del DAP sólo uno, que albergará los órganos de atención y gestión, tendrá el carácter de Centro de Distrito.

Los consultorios locales son centros, que no son cabecera de ZBS, pero tienen asignado personal médico; los consultorios auxiliares carecen de personal asignado y se configuran como pequeños centros de asistencia. Desde su transformación en los CAPS son la estructura física de cada zona básica de salud en la que los profesionales realizan las actividades de una atención primaria de salud integral y orientada a la ciudadanía⁵⁴. Configurados como la referencia de los servicios sanitarios más cercanos a la población (artículo 5 Decreto 197/2007), el SSPA cuenta, para el cumplimiento de esta misión, con más de 1.500 CAPS⁵⁵.

b) Equipos Básicos de Atención Primaria.

En el ámbito territorial básico de actuación (ZBS) la asistencia de la APS integral se presta por un conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios, integrados en Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP) con localización preferente en los CAPS. La regulación del EBAP se contempla en el Decreto 195/1985, de 28 de agosto, es una composición de naturaleza multidisciplinar en la medida en que este órgano se integra por los siguientes profesionales⁵⁶:

- 1) Los Médicos de Medicina General y Pediatría-Puericultora de Zona, ATS o DUE y Practicantes de Zona y Auxiliares de Enfermería, adscritos a la ZBS.
- 2) Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la sanidad local, adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y, en su caso, Matronas (todos titulares ubicados en la ZBS).
- 3) Los Trabajadores Sociales.

⁵⁴ En Andalucía la APS está integrada por centros de atención primaria, con una ratio de 1395 pacientes por médico de familia y 992 niños menores de 16 años por pediatra, de forma que los ciudadanos cuentan con un centro "a pocos minutos de su domicilio" según los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad y Política Social: *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Andalucía*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2008, p. 3.

⁵⁵ Divididos en 402 centros de salud, 623 consultorios locales y 474 consultorios auxiliares conforme a los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social: *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud Andalucía*, 2010, p. 5.

⁵⁶ En el año 2010 los CAP de Andalucía disponían de un total de 5.569 médicos de familia, 5.334 personal Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y 1.082 pediatras, como confirma la Junta de Andalucía: La atención sanitaria en Andalucía (publicación Internet): http://www.calidadsaludandalucia.es/es/anexo_2.html.

- 4) El personal necesario para la realización de tareas de administración, recepción, información, mantenimiento y todas aquellas indispensables para el funcionamiento de los Centros.
- 5) Otros profesionales siempre que las propias necesidades y las disponibilidades presupuestarias lo permitan.

De igual forma, el Decreto determina las actuaciones de carácter básico del EBAP que son aquellas actividades y tareas que van dirigidas fundamentalmente a garantizar la mejora de la asistencia a la ciudadanía y cuya prestación se realiza de forma coordinada.

Las funciones incluidas en las actuaciones del EBAP están ligadas a la asistencia sanitaria y a la formación de los profesionales y son las siguientes:

1) Relacionadas con la asistencia sanitaria.

- Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen de ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita al EBAP.
- Realizar las acciones necesarias dirigidas a la promoción de la salud prevención de la enfermedad y participación en las tareas de reinserción social.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar el diagnóstico continuado de salud de la ZBS y la ejecución de los programas sanitarios que se determinen, en colaboración con las restantes instancias implicadas.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la atención primaria.

2) Relacionadas con la formación de los profesionales.

- Desarrollar y participar en programas de docencia y formación continuada de los profesionales de atención primaria y realizar las actividades de formación y pregraduada y postgraduada, así como los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- Participación en los programas de Salud Materno Infantil, Mental, Laboral y Ambiental.

Paralelamente la norma reglamentaria decide que los CAP se organizan, a partir de una estructura jerarquizada, bajo la dirección de la persona titular del Centro de Salud, el Director del que depende todo el personal de la ZBS y, de forma especial, el Adjunto de Enfermería. Las funciones de dirección, coordinación y representación, derivadas de su condición de órgano unipersonal directivo, se concretan en las siguientes (artículo 5 Decreto 195/1985):

- La armonización de los criterios operativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios integrados en el EBAP.
- La Jefatura del Personal del EABP de los CAP de cada ZBS.
- La coordinación con el resto de equipos del DAP.
- La ostentación de la máxima responsabilidad sanitaria de la ZBS.
- Las relaciones con los órganos de representación de la población.

La organización de los EBAP se cierra, en cada uno de los CAP, con la presencia del Adjunto de Enfermería otro órgano unipersonal que asume, bajo la dependencia del Director del Centro de Salud, la responsabilidad de los Ayudantes-Técnicos Sanitarios, –Diplomados en Enfermería– y Auxiliares de Clínica. Además de sus funciones profesionales este órgano tiene encomendadas tareas de organización, coordinación, evaluación, promoción y participación destinadas, en su conjunto, al personal sanitario (artículo 6 Decreto 195/1985).

c) Los órganos de dirección y gestión de los Distritos de Atención Primaria.

Ya hemos señalado que los DAP son las unidades básicas para la planificación, dirección, gestión y administración de la asistencia primaria, reconocidos con amplias funciones, su importancia tiene reflejo en la estructura orgánica que se les adjudicó y que ha sido objeto de reordenación, principalmente, respecto de las estructuras directivas y de apoyo⁵⁷. En relación con los órganos integrados en los servicios sanitarios de atención primaria debemos destacar que cada DAP se estructura en órganos directivos, de asesoramiento e intermedios.

Por un lado, los órganos directivos para la atención primaria se establecen como órganos unipersonales y están formados, bajo la dependencia de su titular que ejerce la superior dirección del DAP, por la Dirección de la Gerencia, la Dirección de Salud, la Dirección de Cuidados de Enfermería y la Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional, que puede desdoblarse, en aquellos DAP cuya complejidad lo permita, en dos direcciones independientes. Por otro, se suman, como órganos de apoyo y asesoramiento, la Comisión de Dirección y las Comisiones Técnicas; por último, son órganos complementarios la Dirección de Unidades de Gestión Clínica, la Coordinación de los Cuidados de Enfermería de Unidades de Gestión Clínica, la Coordinación de Servicios y las Jefaturas de Servicio Administrativo.

En el ámbito de la APS la importancia de estas unidades se manifiesta en el conjunto de competencias que les atribuyen la Consejería de Salud y el SSPA, son funciones heterogéneas y su amplitud y determinación puede considerarse como un elemento positivo del papel activo que se encomienda a este grupo organizativo⁵⁸.

⁵⁷ Inicialmente los órganos de Dirección y Gestión de los DAP se concretan en el Decreto 195/1985, de 28 de mayo, derogado por el Decreto 197/2007, donde se introducen cambios significativos en la organización de la atención sanitaria.

⁵⁸ La Dirección de Gerencia tiene asignadas las siguientes competencias: “a) Garantizar, en su ámbito de actuación, la atención sanitaria a la población que tenga reconocido este derecho; b) la coordinación general de los planes y actuaciones del DAP; c) Ordenar y dirigir las relaciones de los servicios y centros sanitarios con la ciudadanía y fomentar la participación de la misma, a través de los órganos correspondientes; d) La representación del DAP en el marco de sus competencias; e) Planificar, organizar, dirigir, evaluar y velar por la gestión de los servicios y prestaciones asistenciales, y de los servicios de salud pública en su ámbito territorial; f) La superior dirección y gestión del personal y de los recursos económico-financieros asignados

Para el cumplimiento de las funciones encomendadas a las Direcciones Técnicas del DAP se crean, como órganos de asesoramiento y apoyo, estructuras específicas. Así, en primer lugar la Comisión de Dirección, es un órgano de carácter asesor de la Dirección de Gerencia, cuya función es “asesorar en los aspectos organizativos, asistenciales y de gestión de recursos e informar la propuesta de Plan de Formación de Profesionales” (artículo 12). Presidida por la persona titular de la Dirección de Gerencia e integrada por los titulares de los órganos directivos se reúne con carácter ordinario, al menos, con periodicidad mensual. Por otro lado, la mejora de la organización administrativa de los DAP y el desarrollo de las actividades de las diferentes unidades de gestión clínica para el logro de sus objetivos se abren camino con la constitución de diferentes Comisiones Técnicas identificadas, en concreto, como Comisión de Calidad y Procesos Asistenciales; Comisión de Uso Racional del Medicamento; Comisión de Formación y Docencia; Comisión de Ética e Investigación Sanitarias; Comisión de Salud Pública.

al DAP; g) Coordinar las atenciones de atención primaria de salud con las restantes entidades que integran el SSPA, para el correcto desarrollo de los servicios sanitarios y con el resto de las Administraciones Públicas, para contribuir al logro de sus objetivos; h) Convocar y presidir las reuniones de la Comisión de Dirección; i) Designar los miembros de las diferentes Comisiones Técnicas, así como a las personas que han de desempeñar la presidencia de cada una de ellas; j) Garantizar el cumplimiento de los objetivos considerados anualmente en el contrato programa; k) Asignar los incentivos que pudieran corresponder a los profesionales del DAP, de acuerdo con los criterios establecidos por los órganos directivos del SAS; l) Cualquier otra función que le puede ser atribuida por la Dirección Gerencia del SAS”. De forma complementaria la organización del DAP se va completando con la creación de la Dirección de Salud cuyas funciones son: “a) La dirección, coordinación y evaluación de los servicios de atención sanitaria del distrito en todos sus centros, unidades y dispositivos, de acuerdo con las directrices de la Dirección-Gerencia del distrito de atención primaria; b) La coordinación general y evaluación de los objetivos anuales de cada una de las unidades de gestión clínica; c) Evaluar, desde el punto de vista de la calidad, efectividad y eficiencia, los procesos, servicios, prestaciones y actividades asistenciales, así como garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial; d) Definir las prioridades en materia de formación de los profesionales de las diferentes unidades asistenciales; e) Promover y coordinar la investigación en los centros del DAP; f) Sustituir a la persona titular de la Dirección Gerencia del DAP, en caso de vacante, ausencia o enfermedad; g) Aquellas otras funciones que le sean atribuidas por la Dirección Gerencia del DAP” (artículo 9). La Dirección de Cuidados de Enfermería es el órgano directivo que tiene atribuidas las siguientes funciones: “a) Impulsar y coordinar la gestión de los cuidados de enfermería en los diferentes centros, unidades y dispositivos de atención primaria de salud, en el marco de la gestión de los procesos asistenciales y en función de las necesidades de la población; b) Asesorar a la Comisión de Dirección del distrito sobre las formas organizativas y la gestión de los cuidados de enfermería, especialmente, los que se proporcionan en domicilio; c) Definir las prioridades de los profesionales en materia de formación en cuidados de enfermería; d) Establecer los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad de la atención en cuidados de enfermería; e) Aquellas otras funciones que le sean expresamente atribuidas por la Dirección Gerencia del DAP” (artículo 10). Finalmente, la Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional presenta el conjunto de atribuciones vinculadas a la gestión económico-financiera de los servicios de atención primaria y se concretan en las siguientes: “a) La gestión económica y presupuestaria del distrito, en un marco de eficiencia, de acuerdo con las directrices de la Dirección Gerencia del DAP, así como la gestión de las adquisiciones de bienes y servicios, y de la logística del distrito de atención primaria, sin perjuicio de las funciones establecidas en otros órganos y servicios del distrito; b) La gestión de los recursos humanos, asegurando los objetivos de gestión eficiente de los mismos y el impulso del desarrollo profesional; c) Elaborar la propuesta de presupuesto anual del DAP; d) La gestión operativa de los programas de formación de los profesionales, establecidos de acuerdo con las prioridades definidas por la Comisión de Dirección del DAP; e) La gestión de los planes de prevención de riesgos laborales en el ámbito del DAP; g) Aquellas otras funciones que le sean atribuidas por la Dirección Gerencia del distrito de atención primaria” (artículo 11).

Por último, la estructura orgánica culmina con la creación, en cada DAP, de los siguientes órganos intermedios: “a) Dirección de Unidades de Gestión Clínica; b) Coordinación de los Cuidados de Enfermería de Unidades de Gestión Clínica; c) Coordinación de Servicios; d) Jefaturas de Servicio Administrativo” (artículo 14).

d) Las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria.

La arquitectura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población tiene como eje central las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (UGC), formadas por el conjunto de profesionales de las diferentes categorías que están adscritos funcionalmente a la ZBS. La UGC es un órgano colegiado de participación y colaboración de profesionales sanitarios y del personal de las organizaciones asistenciales, tiene carácter técnico y facultades de decisión, organización y supervisión en materia de atención sanitaria. En un escenario de autonomía y corresponsabilidad los fines de la UGC son “el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de la salud, de cuidados de enfermería y de rehabilitación”, ofreciendo a los responsables un abanico de instrumentos de información que les permitan desarrollar adecuadamente su actuación en la toma de decisiones clínicas⁵⁹.

Las funciones que corresponden a las UGC de carácter organizativo, fomento, control y supervisión, formativas, etc. se describen en el artículo 24 del Decreto 197/2007, en los siguientes términos:

- 1) Organizativas: “a) Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita a la unidad, en coordinación con el resto de dispositivos y unidades del DAP, con capacidad de organizarse de forma autónoma, descentralizada; b) Desarrollar los mecanismos de coordinación con los demás centros y unidades del SSPA con los que esté relacionada, a fin de lograr una atención sanitaria integrada, con criterios de continuidad en la asistencia y cohesión de las diferentes actividades”.
- 2) Fomento: “c) Desarrollar actuaciones de promoción de la salud, la educación para la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados y la participación en las tareas de rehabilitación”.
- 3) Control y supervisión: “d) Realizar el seguimiento continuado del nivel de salud de la población de su zona de actuación, llevando a cabo la implantación de los procesos asistenciales, planes integrales y programas de salud, en función de la planificación es-

⁵⁹ Concretamente, por ejemplo, las guías de procesos asistenciales y las guías de práctica clínica publicadas por el SAS, página web (consultada 10/10/2013).
<https://www.google.es/#q=guias+de+practica+clinica+del+servicio+andaluz+de+salud>.

tablecida por la Dirección Gerencia del DAP; e) Realizar las actuaciones necesarias para el desarrollo de los planes y programas de promoción del uso racional del medicamento y gestión eficaz y eficiente de la prestación farmacéutica; f) Evaluar las actuaciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en programas generales de evaluación y acreditación establecidos por la Dirección Gerencia del SAS, con criterios de orientación hacia los resultados en salud, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos”.

4) Formativas: “g) Realizar las actividades de formación continuada necesarias para adecuar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal de la unidad a los mapas de competencias establecidos para cada profesional, así como participar en aquellas otras actividades formativas adecuadas a los objetivos de la UGC; h) Realizar las actividades de formación pregraduada y postgraduada correspondientes a las diferentes categorías y áreas de conocimiento, de acuerdo con los convenios vigentes en cada momento en estas materias; i) Participar en el desarrollo de proyectos de investigación y otros estudios científicos y académicos relacionados con los fines de la unidad, de acuerdo con los criterios generales y prioridades establecidas por la Dirección Gerencia del distrito”.

5) Otras funciones: “j) Aquellas otras que estén fijadas en los acuerdos de gestión clínica u otras de análoga naturaleza que le puedan ser atribuidas por la Dirección Gerencia del distrito”.

La UGC la componen, de acuerdo con los artículos 25 y 26 del Decreto 197/2007, la Dirección de la propia unidad y la Coordinación de Cuidados de Enfermería con rango de cargo intermedio desarrollando su actividad bajo la administración de la Dirección Gerencia del DAP, de quien dependen orgánica y funcionalmente. Las funciones de la Dirección de la UGC están relacionadas con el funcionamiento de los centros, servicios sanitarios y personal adscrito a la unidad y con el desarrollo de los derechos de los ciudadanos, en especial su derecho de participación, sin perjuicio de las funciones asistenciales propias de su categoría⁶⁰. La Coordinación de Cuidados de Enfermería es el otro órgano intermedio que desarrolla su función sobre el personal de enfermería de atención primaria, también del personal de atención especializada, y, en concreto, en relación con los cuidados prestados en centros sanitarios y en domicilios particulares⁶¹.

⁶⁰ Para conocer las funciones de la Dirección de la UGC consultar el artículo 25 del Decreto 197/2007.

⁶¹ El artículo 26 del Decreto 197/2007, especifica las funciones previstas para la Coordinación de Cuidados de Enfermería.

e) *Los Dispositivos de Apoyo de Atención Primaria.*

Los Dispositivos de Apoyo de Atención Primaria (DAAP) son unidades funcionales propias de los DAP y actúan en apoyo de los EBAP, prestando funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales indispensables para favorecer la atención primaria de salud y el funcionamiento de las UGC. Acorde con la función de apoyo encomendada la estructura de los DAE se integran por profesionales sanitarios y no sanitarios, que proceden de distintas áreas de salud –bucodental, fisioterapia, matronas, trabajadores sociales, personal de gestión y servicios, etc.– y vinculados a un amplio conjunto de servicios –Servicio de Cuidados Críticos de Urgencias, Servicio de Salud, Pública, Servicio de Farmacia, Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero y Servicio de Atención a la Ciudadanía–.

f) *Los Servicios Sanitarios de los Distritos de Atención Primaria.*

Los artículos 17 y ss. del Decreto 197/2007, describen el conjunto de servicios que prestan apoyo a los centros, servicios y establecimientos de atención primaria ubicados en el ámbito de los DAP, dada su variada funcionalidad estos servicios prestan atención general a la ciudadanía, al conjunto de servicios sanitarios –asistencia preventiva, de evaluación epidemiológica, de atención continuada y de urgencias y emergencias–; asimismo, atienden a los servicios farmacéuticos, en especial, el uso sostenible de los medicamentos, y, por último, se ocupan de la gestión administrativa del personal y de los recursos financieros. Los Servicios que se integran en los DAP son: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias –como órgano de coordinación– son sus funciones principales la atención a las urgencias y emergencias que tengan lugar en el DAP y la garantía de continuidad y permanencia de la asistencia sanitaria más allá de la asistencia prestada en los CAP; Servicio de Salud Pública –como órgano de coordinación– son sus funciones principales la gestión y evaluación epidemiológicas de la salud de los ciudadanos adscritos al DAP, la protección de la salud ambiental y alimentaria y de los programas de prevención y promoción de la salud; Servicio de farmacia –como órgano de coordinación– las actuaciones de este servicio se vinculan, por un lado, a la asistencia sanitaria, con la vigilancia del uso sostenible de los medicamentos y, por otro, al funcionamiento del servicio, con la gestión y control de almacenes y depósitos de medicamentos ligados al DAP; Servicio de desarrollo Profesional y Económico Financiero –la jefatura de este órgano– tiene atribuidas funciones de “dirigir y coordinar el funcionamiento del Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero del DAP”, el conjunto de Servicios ubicados en el ámbito de los DAP se cierra con el Servicio de Atención a la Ciudadanía –la jefatura de este órgano– tiene atribuidas funciones de “planificación, organización, gestión, dirección y evaluación de las relaciones con la ciudadanía en el ámbito del distrito”⁶².

⁶² El Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias depende jerárquica y funcionalmente de la Dirección de Salud y está integrado por el titular de la coordinación del servicio, personal sanitario y de gestión y servicios que se adscriban. Este órgano tiene atribuidas funciones de “organización, gestión, evaluación y dirección de los

B) Las prestaciones de atención sanitaria especializada: Los Hospitales y los Centros Periféricos de Especialidades

La adopción en la LSA de un doble programa para la ordenación de la asistencia sanitaria nos presenta, como complemento a la tecnología, técnicas, y procedimientos prestados en el ámbito de la AP, el segundo nivel de atención que se ofrece a la ciudadanía a través de la Atención Especializada (AE). La AE tiene como objetivo la garantía de la continuidad del tratamiento siempre que por su especialización o características no pueda resolverse en el primer nivel de atención sanitaria. Los servicios asistenciales de la AE responden a las actividades de asistencia, diagnóstico, terapéutica, de rehabilitación y cuidados propios de este nivel, a las que se unen aquellas actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y educación sanitaria que por su naturaleza sea más beneficioso su ubicación en este nivel. La LGS introduce –artículo 18– la prestación de atención especializada en el sistema nacional de salud incluyendo la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación. A nivel andaluz la LSA dispone –artículo 5– que la AE se prestará por los hospitales y por sus centros de especialidades que se ubican en cada Área Hospitalaria para cubrir los servicios de internamiento y atención especializada de la población correspondiente a uno o varios DAP. No obstante, la AE podrá prestarse de forma excepcional, si las necesidades asistenciales de la población del DAP lo requieren, por distintas Áreas Hospitalarias.

Con el objetivo de asegurar la uniformidad territorial y demográfica de la asistencia sanitaria se implanta, tanto en régimen de internamiento como en consultas externas y régimen

recursos, programas, proyectos y actividades propias de su ámbito de actuación” (artículo 17). El Servicio de Salud Pública depende jerárquica y funcionalmente de la Dirección de Gerencia y está integrado por el titular de la coordinación del servicio, por técnicos de salud, de epidemiología, sanidad ambiental, etc., personal especializado –facultativos de las especialidades de Veterinaria y Farmacia–, personal sanitario y de gestión y servicios que se adscriban. Este órgano tiene atribuidas funciones de “planificación, coordinación y dirección en materia de promoción, prevención, vigilancia y protección de la salud”. El Servicio de Farmacia depende jerárquica y funcionalmente de la Dirección de Salud y está integrado por el titular de la coordinación del servicio, personal sanitario y de gestión y servicios que se adscriban. Este órgano tiene atribuidas funciones de “la planificación, organización, gestión y evaluación de las políticas de uso racional del medicamento y de todas aquellas actuaciones y actividades necesarias para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Asimismo, le corresponde asumir la responsabilidad técnica del suministro, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos”; El Servicio de Desarrollo Profesional y Económico Financiero depende jerárquica y funcionalmente de la Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional y está integrado por el titular de la jefatura del servicio y personal de gestión y servicios que se adscriban. La actuación de este servicio es la gestión administrativa del personal y de los recursos económicos y financieros del DAP. Para la mejora de la organización y eficacia en el ejercicio de sus competencias el servicio podrá organizarse, bajo responsabilidad de una jefatura de grupo administrativo, en distintas unidades administrativas. El Servicio de Atención a la Ciudadanía depende jerárquica y funcionalmente de la Dirección de Gerencia del DAP y está integrado por el titular de la coordinación del servicio, personal sanitario y de gestión y servicios que se adscriban. La única competencia atribuida a este servicio público es la gestión de las relaciones con los ciudadanos en el ámbito del DAP. También para la mejora de la organización y eficacia en el ejercicio de sus competencias el servicio podrá organizarse, bajo responsabilidad de una jefatura de grupo administrativo, en distintas unidades administrativas.

domiciliario, la estructura sanitaria responsable de la atención sanitaria especializada programada y urgente (AE). La AE en régimen de consultas externas tiene lugar en las propias estructuras externas ubicadas en los hospitales, en los Centros Periféricos de Especialidades (CPE), dependientes funcional y orgánicamente de aquellos, en los centros de salud y, de forma excepcional, pero siempre que lo aconseje el dispositivo de atención primaria, en el domicilio particular. La prestación de AE en régimen de internamiento se atribuye, únicamente, a los Hospitales⁶³.

Los Hospitales son las instituciones sanitarias encargadas de la AE en régimen de internamiento y constituyen, junto a los CPE adscritos al SAS, la Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía⁶⁴. Todo el sistema sanitario andaluz atribuye la ordenación de la AE a estos equipamientos sanitarios que tienen reconocidas funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora y, también, docencia e investigación de forma coordinada con la AP. Son facultades propias de la AE las siguientes: a) Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no puedan resolverse en el nivel de la AP; b) Posibilitar el internamiento en régimen de hospitalización a los pacientes que lo precisen; c) Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de la AP; d) Prestar la asistencia en régimen de consultas externas que requiera la AE de la población, en su correspondiente ámbito territorial, sin perjuicio de lo establecido para el DAP; e) Participar, con el resto de dispositivo sanitario, en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud; f) Colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud (artículo 3 Decreto 105/1986).

La estructura y funcionamiento de los Hospitales se determina por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía distinguiendo los Hospitales Generales Básicos (HGB) y los Hospitales Generales de Especialidades (HGE)⁶⁵. En cada AH funcionará, a ella adscrito, un HGB, mientras que los HGE abarcan más de un AH, tienen la consideración de hospital de referencia para la AE y se configuran como HGB para el AH a la que esté adscrito.

⁶³ El SAS está integrado por un total de 29 centros hospitalarios –10 en las AGS– distribuidos por todo el territorio autonómico. Los restantes 19 hospitales públicos se diversifican de la siguiente forma: 4 centros hospitalarios se gestionan directamente por Empresas Públicas –H. Costa del Sol, H. Poniente, H. Montilla, H. Andujar–; 13 Centros Hospitalarios de Alta Resolución –CHAR de El Toyo, Puente Genil, Valle del Guadiato, Guadix, Loja, Sierra de Segura, Alcaudete, Alcalá la Real, Benalmádena, Utrera, Écija, Morón y Sierra Norte–; 1 hospital psiquiátrico penitenciario y otro hospital Consorcio Sanitario Público –H. Bormujos-Aljarafe–. Esta información está disponible por la Junta de Andalucía: *La atención sanitaria en Andalucía op. cit.*

⁶⁴ La ordenación de estos servicios sanitarios públicos se regula por el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales (BOJA núm. 61, de 24 de junio).

⁶⁵ Durante el año 2010 el conjunto de hospitales del SAS ha atendido 568.309 altas con una estancia media de 7,30 días; 11.122.471 consultas de especialidades y 3.748.881 urgencias, según los datos ofrecidos por la Junta de Andalucía: *La atención sanitaria op. cit.*

El modelo de organización adoptado para la prestación de la AE está volcado en la atención integral a la salud y la accesibilidad de la ciudadanía a la red de servicios asistenciales y se integra por distintas estructuras de gestión, unidades de dirección y de asesoramiento⁶⁶.

a) *Los órganos de dirección.*

Los Hospitales (HGB-HGE) y los CPE adscritos a ellos comparten una estructura de dirección, gestión y administración única distinguiendo entre órganos unipersonales y colegiados. La Gerencia del Hospital es el órgano unipersonal de dirección por excelencia del que dependen cuatro unidades menores: la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería, la Dirección Económica-Administrativa y la Dirección de Servicios Generales⁶⁷. Otros órganos

⁶⁶ En el año 2010 la plantilla médica de los hospitales del SAS estaba integrada por 9.335 médicos de hospitales; 3.2.90 médicos especialistas en formación y 1.410 médicos de hospitales gestionados por Empresas públicas, incluido el personal médico de emergencias sanitarias. El personal de enfermería se integraba por 16.229 como personal hospitalario del SAS y 1.665 en hospitales gestionados por entidades sanitarias públicas según datos publicados por la Junta de Andalucía: *La atención sanitaria op. cit.*

⁶⁷ Las actividades que la Gerencia desempeña pueden agruparse como se indica: a) Desarrollar el Plan General, así como los programas anuales del Hospital y de los CPE, en el que se definirán los fines y objetivos del mismo, sobre la base de las necesidades comunitarias marcadas por los órganos competentes de la Consejería de Salud y Consumo; b) La presentación del proyecto de presupuesto económico del Hospital y CPE; c) La gestión y administración de la asistencia hospitalaria y especialidades de su Área y la instrumentación de la política establecida en el plan asistencial, docente e investigador; d) Asegurar la relación del Hospital con la red sanitaria de la comunidad; e) Dar cuenta de su gestión ante los órganos competentes de la Administración Sanitaria y presentar anualmente el informe de gestión (artículo 10 Decreto 105/1986). Las competencias de las distintas Direcciones dependientes de la Gerencia se desglosan de la forma siguiente: 1) Dirección Médica: a.) Definir y desarrollar los objetivos en lo que respecta a los servicios médicos y otras unidades de apoyo clínico-asistencial siendo responsable ante el Director-Gerente del funcionamiento de éstos servicios, coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes; b) Asegurar el desarrollo del programa de actividad y control de calidad asistencial, así como la organización y control de la docencia e investigación; c) Asumir las funciones del Director-Gerente o del Subdirector Gerente, si hubiere, en caso de ausencia, enfermedad o vacante; d) Asumir, en su caso, aquellas funciones que le delegue el Director-Gerente (artículo 11 Decreto 105/1986). 2) Dirección de Enfermería: a) Definir y desarrollar los objetivos de la enfermería del Hospital y Centros adscritos, siendo responsable ante el Director-Gerente del funcionamiento de las Unidades de Enfermería, coordinando y evaluando las actividades de sus integrantes; b) Presentar las propuestas necesarias para el mejor funcionamiento de las Unidades de Enfermería; c) Asegurar el desarrollo del programa de actividad y control asistencial, así como la organización de la docencia e investigación de Enfermería; d) Asumir, en su caso, aquellas funciones que le delegue el Director-Gerente (artículo 12 Decreto 105/1986). 3) Dirección Económico-Administrativa: a) Definir y desarrollar los objetivos que deben alcanzar los servicios económicos y de administración en orden a controlar y administrar los recursos económicos del Hospital y de los CPE, responsabilizándose ante el Director-Gerente del correcto funcionamiento de tales servicios, de su coordinación y de la evaluación de las actividades de sus integrantes; b) Ejecutar las normas de contabilidad presupuestaria y financiera dictados por los órganos competentes, en orden a conseguir el control económico de la gestión; c) Elaborar el proyecto de presupuesto anual en base a los objetivos definidos por la Comisión de Dirección dentro de los criterios marcados por los órganos competentes de la Junta de Andalucía; d) Proporcionar al resto de las Direcciones el soporte administrativo para el cumplimiento de sus objetivos; e) Desarrollar las funciones de gestión de personal; f) Asumir, en su caso, aquellas funciones que le delegue el Director-Gerente (artículo 13 Decreto 105/1986). 4) Dirección de Servicios Generales: a) Definir y desarrollar los objetivos que deben

unipersonales previstos son, con carácter excepcional, el Subdirector de las Direcciones nombradas y el Subdirector-Gerente. Bajo la presidencia del Director-Gerente e integrado por todos los titulares de los órganos de dirección señalados se crea, como órgano colegiado cualificado, la Comisión de Dirección del Hospital. El Director Gerente desarrolla, bajo la dependencia jerárquica y funcional de la Gerencia Provincial del SAS, las funciones de superior autoridad y responsabilidad de los Hospitales y CPE y asume su representación oficial.

La dotación de los órganos de dirección de la red de hospitales públicos del SAS se realiza de forma similar para los HGB y los HGE. Los HGB cuentan con un Director Gerente del que dependen tres directores, Director Médico, Director de Enfermería y Director Económico-Administrativo y de Servicios Generales⁶⁸. Los Hospitales de Especialidades organizados por más de un Centro podrán contar con la presencia, en cada uno de ellos, de las figuras del Director Médico y del Director de Enfermería, dependientes de las respectivas direcciones o, en su defecto, directamente del Director-Gerente (artículo 16.1.2.2 Decreto 105/1986). La previsión de dotar de éstos órganos de dirección alcanza a los CPE en aquellos casos en los que la complejidad del servicio y la distancia al Hospital lo hagan necesario, actuarán de forma delegada de los órganos directivos del Hospital (artículo 16.1.2.3 Decreto 105/1986).

La estructura interna de la Gerencia y de las Direcciones de Servicios Generales y Económico-Administrativos se divide en Servicios, Secciones y Unidades, cuyo número y composición dependerá de las condiciones específicas de cada HGB, HGE y CPE adscritos según las necesidades del AH, y al frente de cada una de ellas se dispone, como órgano

alcanzar los servicios técnicos de mantenimiento, los de hostelería y cuantos servicios auxiliares no sanitarios sean necesarios para apoyar la propia atención sanitaria, responsabilizándose ante el Director-Gerente del correcto funcionamiento de tales servicios, de su coordinación y de la evaluación de las actividades de sus integrantes; b) Responsabilizarse del correcto funcionamiento de la estructura y de las instalaciones, así como del equipamiento electromédico del Hospital y CPE, organizando su mantenimiento, garantizando la seguridad de los mismos y la calidad de las prestaciones; c) Proponer las sucesivas adquisiciones de equipamiento en función de las necesidades y de los programas establecidos por la Comisión de Dirección y la Consejería de Salud y Consumo; d) Planificar y ejecutar la adquisición de suministros y materiales necesarios para la óptima dotación de los almacenes, asegurando su permanente revisión y estableciendo los sistemas de organización y control necesarios para conocer y asegurar, en cada momento, sus existencias; e) Organizar los servicios de hostelería de los Hospitales y CPE, implantando los adecuados controles de calidad, contribuyendo con los mismos a una permanente humanización de la asistencia y mayor calidad de la estancia; f) Coordinar y evaluar la actuación del personal subalterno, y proporcionar al resto de los Direcciones del Hospital el soporte de servicios generales así como de personal subalterno necesario para el cumplimiento de sus fines; g) Asumir, en su caso, aquellas funciones que le delegue el Director-Gerente (artículo 14 Decreto 105/1986). Por último, la Comisión de Dirección tiene atribuida la función de coordinación e integración de los diferentes planes de cada Dirección con la finalidad de definir los objetivos sanitarios y la planificación económica del Hospital y de los CPE, también tiene asignada la tarea de presentar los proyectos de presupuestos del Hospital y de los respectivos CPE (artículo 15 Decreto 105/1986).

⁶⁸ En los HGB y sólo en aquellos casos en los que las necesidades lo aconsejen podrá existir, de forma separada, una Dirección de Servicio Generales a cargo de un Director (artículo 16.1.3 Decreto 105/1986).

unipersonal, de un Jefe responsable dependiente jerárquicamente del Director respectivo o indirectamente del Jefe de Servicio y Sección correspondiente (artículo 17 Decreto 105/1986).

En el conjunto de los hospitales andaluces se contempla, adscritas a las respectivas Direcciones, unidades administrativas con atribuciones de distinta naturaleza –personal, atención e información al usuario, control y supervisión, asistencial, etc.–. Las unidades directamente dependientes de la Gerencia son las de Relaciones laborales, Información y Atención al Usuario, Admisión, Estadística y Archivo de Historias Clínicas⁶⁹. La estructura de la Dirección Médica tiene asignadas las unidades asistenciales de Especialidades Médicas, Quirúrgicas y Médico-Quirúrgicas, incluidas las unidades de apoyo a éstas⁷⁰. La Unidad de Enfermería es la única integrante de la Dirección de Enfermería⁷¹. La Dirección de Servicios Generales cuenta con las unidades de Mantenimiento y Seguridad, Hostelería y Suministros y Almacenes⁷². La Dirección Económica-Administrativa tiene adjudicadas, como mínimo, la unidad de Administración, Contabilidad y Control Económico y Personal⁷³.

⁶⁹ La unidad de Relaciones Laborales desarrolla la política de personal definida por el Director-Gerente y la Comisión de Dirección. La unidad de Información y Atención al Usuario tiene responsabilidad sobre la información y atención al usuario y la garantía de la tramitación de las reclamaciones. La unidad de Admisión, Estadística y Archivo de Historias Clínicas responde del control y regulación funcional de las admisiones de consultas externas, urgencias y hospitalización, del mantenimiento y control de los registros administrativos clínicos de los pacientes y de la organización del archivo de las historias clínicas y de la comunicación de la información estadística que se genere. Todas ellas son las funciones que tienen atribuidas en el artículo 18 Decreto 105/1986.

⁷⁰ La organización de las unidades médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas es responsabilidad de los Jefes de Servicio, bajo la dependencia directa del Director Médico, y Jefes de Sección dependientes de aquellos o, en su defecto, del Director Médico. Todos ellos son responsables de organizar la asistencia sanitaria específica de su especialidad y de los objetivos asistenciales que tengan marcados (artículo 19 Decreto 105/1986).

⁷¹ La responsabilidad de la unidad de Enfermería recae en los Supervisores, bajo la dependencia del Director de Enfermería y tiene atribuidas las siguientes funciones: a) Desarrollar los objetivos de la enfermería respecto a los cuidados de la enfermería, planificando, organizando, evaluando y coordinando las actividades de los integrantes de la Unidad o unidades de la cual es responsable; b) Supervisar y controlar la utilización adecuada de los recursos materiales depositados en la Unidad o unidades; c) Desarrollar en la Unidad el programa de actividad asistencial de enfermería, así como participar y colaborar en la docencia e investigación de enfermería; d) Asumir las funciones, en su caso, que les delegue el Director de Enfermería (artículo 20 Decreto 105/1986).

⁷² Las tres unidades se responsabilizan del mantenimiento y organización de las distintas infraestructuras adscritas (artículo 21 Decreto 105/1986).

⁷³ La unidad de Administración tiene encomendada la gestión de ingresos y gastos del Hospital, el uso por terceros de los centros hospitalarios y el registro general, dando apoyo al resto de unidades de los centros sanitarios. La unidad de Contabilidad y Control Económico se encarga de las funciones y actos económicos de los centros sanitarios. La unidad de Personal se responsabiliza de la totalidad de las funciones de gestión vinculadas al personal –control de plantilla, puestos de trabajo, registro, nóminas, acción social, etc.– (artículo 22 Decreto 105/1986).

b) *Los órganos asesores.*

El régimen general organizativo que establece el Decreto 105/1986, dispone la presencia, obligada en todos los Hospitales, de órganos de asesoramiento y diferencia tres tipos de órganos: La Junta del Hospital y CPE como instrumento de apoyo a la Gerencia, la Junta Facultativa que sirve de guía a la Dirección Médica y la Junta de Enfermería vinculada a la Dirección de Enfermería. Todas estas unidades administrativas tienen asignadas tareas de auxilio y apoyo a los órganos administrativos y, por tanto, su función está limitada a la emisión de información y asesoramiento.

La Junta del Hospital y CFE presenta una composición organizativa muy heterogénea e integrada por profesionales, sanitarios y no sanitarios, designados por votación directa entre el personal del Centro⁷⁴. Las Juntas Facultativa y de Enfermería son los órganos colegiados de participación de los profesionales sanitarios de las Áreas Hospitalarias, integradas por los Hospitales y los CFE gestionados directamente por el SAS, excluyendo los Hospitales integrados en las Áreas Sanitarias⁷⁵. La Junta Facultativa de las Áreas Hospitalarias es un órgano colegiado de participación, dependiente de la Dirección Médica, presidido por el Director Médico del Hospital y actuando como Secretario, con voz pero sin voto, el Director Económico-Administrativo del Hospital. La composición de la Junta Facultativa se presenta variada con un número de vocales distribuidos entre las diferentes Áreas Funcionales del Hospital, un facultativo de AP de los Distritos vinculados con el Hospital, completándose con representación de los facultativos especialistas no jerarquizados y de los residentes en período de formación posgraduada y de los subdirectores médicos del Área Hospitalaria y el Director de Enfermería del Hospital. La Junta Facultativa es un órgano técnico que tiene encomendada la función de velar por la calidad de la asistencia

⁷⁴ La Junta del Hospital presenta la siguiente estructura: a) Presidente: Director-Gerente; b) Vicepresidente que es uno de los Directores del Hospital, nombrado por el Director-Gerente; c) Vocales que serán el resto de Directores que integren la Comisión de Dirección del Hospital; d) Dos facultativos especialistas elegidos por la votación directa entre el personal facultativo del Centro; e) Dos vocales elegidos por votación entre el personal de enfermería (personal Auxiliar Sanitario y Auxiliar de Clínica); f) Dos vocales elegidos por votación directa entre el personal de la función administrativa; g) Dos vocales elegidos por votación entre el resto del personal no sanitario; h) Dos vocales elegidos por votación directa por el Comité de Empresa; i) Un representante elegido por los facultativos residentes de formación postgraduado de la Institución. (artículo 24.2 Decreto 105/1986). Las funciones que puede asumir este órgano son las siguientes: a) Informar y asesorar al Director-Gerente en todas aquellas materias que incidan en las actividades asistenciales y de atención al usuario; b) Informar sobre el plan de necesidades anuales del Hospital y CPE; c) Informar y asesorar sobre los aspectos relacionados con la política de personal y con la seguridad e higiene en el trabajo; d) Conocer e informar el programa y objetivos anuales del Hospital; e) Conocer e informar sobre la memoria anual de gestión; f) Conocer e informar sobre la propuesta del presupuesto del Hospital. A su vez, la Junta del Hospital y CFE constituye el motor principal de asesoramiento al Hospital pudiendo crear las Comisiones que estime necesarias, entre ellas por su condición de irrenunciables, señalaremos la Comisión de Bienestar y Atención al Usuario, de Seguridad e Higiene en el Trabajo y la Comisión de Catástrofes.

⁷⁵ Artículo 2 Decreto 462/1996, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y de órganos de dirección de los hospitales (BOJA núm. 127, de 5 de noviembre).

médica hospitalaria y cuya finalidad es el asesoramiento en materia de planificación, organización y gestión de asistencia clínica a la Dirección Médica y la promoción del desarrollo de funciones docentes e investigadoras. La regulación de su funcionamiento en el Decreto 462/1996, es sumamente escueta y referida en exclusiva a que la Junta Facultativa funciona en Pleno y Comisión Permanente, remitiendo a normas específicas el régimen de funcionamiento y las competencias de ambos órganos⁷⁶.

El modelo de organización y funcionamiento de la Junta Facultativa practicado en los Hospitales y CPE gestionados por el SAS se prolonga en la ordenación de la Junta de Enfermería del Área Hospitalaria que se constituye como órgano colegiado dependiente de la Dirección de Enfermería, cuya composición es variable en función de las necesidades y características de los servicios y unidades que se integran y que tiene encomendada, como función principal, velar por la calidad de los servicios de enfermería prestados en los Hospitales y servir de apoyo y asesoramiento a la citada Dirección⁷⁷. La composición de este órgano es homogénea y amplia ya que, de un lado, se integra exclusivamente por representantes del personal de enfermería y, de otro, porque el número de vocales de repre-

⁷⁶ Con todo, la norma determina los siguientes aspectos: a) la composición de la Comisión Permanente integrada, como mínimo, por cuatro vocales, presidida por el Director Médico y como Secretario actuando el que lo sea del Pleno; b) la renovación de la Junta Facultativa que será, salvo en casos excepcionales, cada cuatro años; c) la implantación de Comisiones –de calidad asistencial, investigación, infecciones, documentación clínica, información y estadísticas, de tumores, tejidos y mortalidad– dependientes de la Junta Facultativa. Otras funciones encomendadas a la Junta Facultativa son: a) Proponer el nombramiento del Director Médico del Hospital; b) Conocer el Contrato-Programa del Hospital; c) Conocer el presupuesto asignado anualmente al Hospital; d) Conocer y aprobar la memoria anual del Área Asistencial del Hospital; e) Conocer, informar y, en su caso, proponer modificaciones en la composición de las plantillas del personal facultativo del Hospital; f) Conocer, informar y proponer, con carácter vinculante, modificaciones a la distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales del Hospital; g) Conocer, informar y, en su caso, proponer modificaciones que afecten a la infraestructura física del Área Médica del Hospital; h) Participar, conocer e informar la adquisición de medicamentos y todo tipo de material sanitario; i) Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos por las unidades asistenciales y los facultativos; j) Elaborar el programa de formación para el personal facultativo del Hospital, así como proponer, con carácter vinculante, la distribución de los incentivos a los facultativos del Hospital; k) Designar representantes en los órganos cualificados para evaluar la acreditación profesional del personal facultativo; l) Designar representantes en los tribunales de evaluación; m) Realizar las funciones que le sean atribuidas y encomendadas; n) Elaborar sus normas internas de funcionamiento (artículo 5 del Decreto 462/1996, de 8 de octubre).

⁷⁷ Otras funciones que debe prestar la Junta de Enfermería son: a) Proponer el nombramiento del Director de Enfermería del Hospital; b) Conocer el Contrato-Programa del Hospital; c) Conocer el presupuesto asignado anualmente al Hospital; d) Conocer y aprobar la memoria anual del Área Asistencial del Hospital; e) Conocer, informar y, en su caso, proponer modificaciones en la composición de las plantillas del personal de la división de enfermería del Hospital; f) Evaluar y proponer, con carácter vinculante, las propuestas de distribución y ordenación interna de los recursos asistenciales del Hospital; g) Participar, conocer e informar la adquisición de material que utilice la enfermería; h) Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de objetivos por las unidades asistenciales y el personal de enfermería; i) Elaborar el programa de formación para el personal de enfermería del Hospital, así como proponer, con carácter vinculante, la distribución de los incentivos a los mismos, dentro de la división de enfermería del Hospital; j) Proponer y, en su caso, designar representantes en los tribunales de evaluación; k) Realizar las funciones que le sean atribuidas y encomendadas; l) Elaborar sus normas internas de funcionamiento (artículo 11 del Decreto 462/1996, de 8 de octubre).

sentación debe ser proporcional a su representatividad en las distintas Áreas Funcionales del Hospital –quirúrgica, hospitalización, servicios generales y/o de apoyo al diagnóstico y tratamiento, cuidados críticos y urgencias, consultas externas–. Si bien, como mínimo deben contar con representación de los siguientes colectivos: ATS; Auxiliares de Enfermería; Matronas; Fisioterapeutas y Técnicos Especialistas, y Enfermeros de los DAP. Asimismo, el Decreto 462/1996, regula, en mínimos, la previsión de su régimen de funcionamiento distinguiendo el Pleno y la Comisión Permanente integrada, como mínimo, por cuatro vocales, presidida por el Director de Enfermería y como Secretario actuando el que lo sea del Pleno; la renovación de la Junta de Enfermería que se describe, excepto en casos excepcionales, cada cuatro años; por último, la creación de comisiones dependientes de la Junta de Enfermería es de su competencia pero su composición y las funciones asignadas se determinan por el Director de Enfermería del Hospital.

C) *Otras estructuras para la prestación de los servicios de atención primaria y especializada*

Los servicios de AP y AE pueden prestarse, en atención a principios de eficacia, de niveles de especialización de los centros asistenciales y del grado de innovación tecnológica, bajo una misma estructura de acuerdo a la previsión del artículo 57 LSA. En este contexto se crean las Áreas de Gestión Sanitaria (AGS)⁷⁸ como modelo de organización para la gestión unitaria de los recursos de las respectivas Áreas Hospitalarias, los Distritos de Atención Primaria y de aquellos otros centros del SSPA que se adscriban, un modelo organizativo que no se extiende a la totalidad del territorio autonómico, más bien está presente en las demarcaciones no urbanas y ciudades medias andaluzas⁷⁹.

La atención sanitaria a la población adscrita, incluyendo las actividades asistenciales y de protección de la salud, es prestada, a través de los centros sanitarios e instituciones integrados, por el AGS cuya estructura orgánica está formada por órganos de dirección y gestión⁸⁰. El Consejo de Dirección es el órgano colegiado de carácter técnico al que se

⁷⁸ En el Capítulo II “La Ordenación del Sistema Público de Salud Andaluz”, punto 2. “La ordenación y zonificación territorial del sistema andaluz de salud”, epígrafe B) “Las Áreas de Gestión Sanitaria”, se hace referencia a estas estructuras en el ámbito de la organización territorial del SAS. En el presente epígrafe analizamos la estructura orgánica y funcional de estas unidades.

⁷⁹ Como ya se adelantó de los 29 centros hospitalarios que cuenta el SAS, 10 de ellos se integran en las correspondientes AGS y se distribuyen a lo largo de todo el territorio autonómico, según datos facilitados por la Junta de Andalucía en “La atención sanitaria *op. cit.*”.

⁸⁰ En las distintas órdenes autonómicas donde se procede a la regulación de las AGS se determinan como funciones propias las siguientes: a) La organización, gestión y evaluación de las actividades y programas de atención sanitaria a la población de su ámbito, en lo relativo a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con las directrices y criterios generales fijados por la Consejería de Salud y los objetivos marcados por el Servicio Andaluz de Salud, conforme con los principios de coordinación de servicios, integración de los niveles asistenciales y colaboración intersectorial;

atribuye la dirección y gestión del AGS, cuya composición no ésta concretada aunque se indica la presencia de la Presidencia, las Vocalías y la Secretaría, sin olvidar que funcionará en sesiones ordinarias, con periodicidad mensual, y, en su caso, extraordinarias⁸¹. Del análisis de las competencias que tiene asignadas las más destacadas son las funciones de decisión –aprobar el Plan Estratégico del AGS; desarrollar las actuaciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos fijados en el Contrato-Programa del AGS; aprobar el informe de gestión y la memoria anual del AGS; elaborar y aprobar el Reglamento Interno– (artículo 5 de las Órdenes de 5 de octubre de 2006).

De forma complementaria las AGS se integran por órganos unipersonales conforme a una composición donde la persona titular de la Gerencia tiene encomendada la Presidencia del Consejo de Dirección, si bien la atribución de funciones y competencias es independiente. Así, ostentando la Presidencia se destacan funciones de naturaleza organizativa de su régimen interno, mientras que bajo la titularidad de la Gerencia las facultades de decisión, representación, etc. son propiamente de gestión⁸². Para el desempeño de sus funciones

b) La gestión de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas, ortopédicas y otras incluidas en el catálogo de prestaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a las que tengan derecho los ciudadanos de su ámbito territorial; c) La organización y el desarrollo de las funciones que corresponden al Servicio Andaluz de Salud en materia de formación, docencia e investigación en el conjunto de los planes, proyectos y programas de su ámbito territorial; d) La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos en su ámbito territorial y competencial; e) La elaboración y presentación al Servicio Andaluz de Salud de las previsiones presupuestarias del Área de Gestión Sanitaria, integrando las previsiones de las instituciones y centros adscritos a la misma; f) La administración y gestión de los Centros y Servicios Sanitarios que se le adscriban; g) La gestión y administración de los recursos presupuestarios correspondientes, así como la evaluación de la gestión económica del Área, sin perjuicio de las competencias que corresponden a otros órganos; h) La dirección y gestión del personal adscrito al conjunto de las instituciones y centros integrados en el Área de Gestión Sanitaria; i) Aquellas otras que le sean atribuidas reglamentariamente y las delegadas por la Consejería de Salud y por el Servicio Andaluz de Salud (artículo 2 de las Órdenes de 5 de octubre de 2006, de la Consejería de Salud, por las que se constituyen las AGS Norte de Almería, Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Sur de Granada).

⁸¹ En su condición de órgano colegiado el artículo 7 de las citadas Órdenes de 5 de octubre de 2006 remite, a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, el régimen de funcionamiento del Consejo de Dirección.

⁸² Las funciones propias de la Presidencia del Consejo de Dirección son: a) Velar por el cumplimiento de los acuerdos del Consejo de Dirección; b) Acordar la convocatoria de las sesiones ordinarias y extraordinarias y la fijación del orden del día, señalando lugar, día y hora de celebración; c) Presidir y dirigir las deliberaciones del Consejo de Dirección y, en su caso, dirimir con su voto los empates a efectos de adoptar acuerdos; d) Visar las actas y certificaciones de los acuerdos del Consejo; e) Designar los Vocales de la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, en representación de la Administración Sanitaria Andaluza, así como nombrar y cesar a los Vocales de la Comisión Consultiva no representantes de aquella, a propuesta de las respectivas organizaciones, de conformidad con lo previsto en el artículo 2, apartados 2 a) y 5 del Decreto 529/2004, de 16 de noviembre; f) Aquellas otras que le sean atribuidas reglamentariamente (artículo 6 de las Órdenes de 5 de octubre de 2006, de la Consejería de Salud, por las que se constituyen las AGS Norte de Almería, Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Sur de Granada). A la Gerencia le conciernen las siguientes competencias: a) Representar al Área de Gestión Sanitaria; b) Elaborar el Plan Estratégico del Área de Gestión Sanitaria, con base en las necesidades de su población, con el marco de referencia del Plan Andaluz de Salud, Plan de Calidad y Contrato-Programa; c) Ejercer la dirección y coordinación efectiva de las unidades dependientes del Área de Gestión Sanitaria con el fin de asegurar la continuidad asistencial; d) Acordar la realización de obras e inversiones incluidas en los

la Gerencia de las AGS contará con órganos de asesoramiento integrados en comisiones de distinta naturaleza –de calidad y procesos asistenciales; de uso racional del medicamento; de formación y docencia; de ética e investigación sanitarias y de salud ambiental y alimentaria–.

III. LA GESTIÓN PRIVADA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN EL SISTEMA PÚBLICO ANDALUZ: CONVENIOS Y CONCIERTOS SANITARIOS

1. La evolución legislativa de las formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud

Ciertamente con el Estado social se potencia el protagonismo público en la prestación de servicios en los que el factor económico, predominante en sectores básicos como los servicios postales, servicios de transporte, recogida y tratamiento de residuos, etc., cede y deja paso al componente asistencial donde se reconocen, como servicios no económicos, entre otros, los servicios sanitarios⁸³. En España el acceso a la atención sanitaria se concreta en el mantenimiento, a nivel constitucional (artículo 41), de un “régimen público” de la Seguridad Social y, a su vez, en el reconocimiento a los poderes públicos de una labor reguladora de la organización sanitaria y de las prestaciones y servicios necesarios sin atribuirles monopolio alguno. Durante la última década del siglo XX los sistemas sanitarios europeos y el español, en concreto, ha venido participando en el proceso de reforma en la gestión pública de los servicios sanitarios, donde no opera la reserva en exclusiva al sector público y se mantiene la iniciativa privada⁸⁴.

planes y presupuestos aprobados; e) Celebrar los contratos y suscribir los convenios que sean necesarios para el cumplimiento de los fines del Área de Gestión Sanitaria, por delegación de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud; f) Dictar las instrucciones necesarias para el buen funcionamiento del Área de Gestión Sanitaria; g) Desempeñar la jefatura superior de personal del Área de Gestión Sanitaria; h) Presidir el Consejo de Dirección del Área de Gestión Sanitaria; i) Ostentar la Presidencia de la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, en virtud de lo establecido en el artículo 2, apartado 2, del Decreto 529/2004, de 16 de noviembre; j) Cualquier otra función que le sea delegada por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud y por la persona titular de la Delegación Provincial de Salud (artículo 9 de las Órdenes de 5 de octubre de 2006, de la Consejería de Salud, por las que se constituyen las AGS Norte de Almería, Norte de Málaga, Serranía de Málaga, Sur de Granada).

⁸³ Así se califican por J. Esteve Pardo: *Lecciones de Derecho Administrativo*, Marcial Pons, Madrid, 2ª ed., 2011, p. 429.

⁸⁴ Según el European Observatory on Health System and Policy la privatización de los sistemas sanitarios se define como “el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas (ya sean organizaciones con ánimo de lucro o sin él)”. Este proceso de transferencia puede tener como protagonista la financiación, la inversión o la gestión. Sobre las ventajas e inconvenientes de la presencia del sector privado en la prestación de los servicios puede verse S. Minué Lorenzo y J. J. Martín Martín: “Gestión privada: ¿más eficiente?”, *AMF*, nº 9, 2013, pp. 19 y ss.

La previsión de la prestación de los servicios sanitarios con participación del sector privado y la posibilidad de su organización y gestión privada es una decisión de los poderes estatal y autonómico. Y, por ello, la Ley 15/1977, de 25 de abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, autoriza a los gobiernos central y autonómico, en sus respectivos ámbitos de competencia, a diseñar el régimen de gestión de los servicios sanitarios más conveniente⁸⁵.

En el Sistema Nacional de Salud configurado como “conjunto de estructuras y servicios públicos al servicio de la salud” la opción organizativa de entidades sanitarias a través de un modelo de gestión directa por la Administración titular, tradicional en las instituciones sanitarias propias de la Seguridad Social, se establece en la LGS, permitiendo la vinculación de hospitales privados para la prestación de los servicios sanitarios⁸⁶. La LGS declara el principio de gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma y dispone que los hospitales pueden ser públicos (titularidad estatal, autonómica local, otras entidades públicas) o privados vinculados al sistema público, pero situando las formas de gestión de los servicios sanitarios “con medios ajenos” en un plano subsidiario⁸⁷.

En el ámbito de la legislación básica se confirma la innovación organizativa ampliando las opciones de gestión de centros sanitarios, siempre que se mantenga su naturaleza o titularidad pública, a cualquier forma jurídica⁸⁸. Así mismo, aprueba, expresamente, pero remitiéndose a la LGS, la gestión privada de los servicios⁸⁹. Por tanto, el SNS tiene naturaleza pública, al estar integrado por un conjunto de organizaciones de este carácter,

⁸⁵ En España los modelos de gestión pública y privada en materia sanitaria no han sido objeto de estudio en profundidad, si bien la sanidad es el servicio público más valorado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), “Calidad de los servicios públicos, VI. Distribuciones marginales”, Estudio núm. 2908, 2011. Fuera de nuestro país los estudios sobre los servicios sanitarios realizados en diferentes países europeos no muestran datos que confirmen la eficiencia de la gestión privada sobre la pública. Sobre las experiencias en el ámbito de la gestión y organización de los servicios sanitarios puede consultarse F. Sánchez, J. M. Abellán y J. Oliva, “Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional”, *Documento de Trabajo*, nº 4/2013, Real Instituto Elcano (publicación en Internet, consultada 12/08/2013) <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal>.

⁸⁶ “La iniciativa privada sanitaria constituye, en principio, una riqueza acumulada que permite dar contenido real a conceptos necesarios para la regeneración del sistema, tales como la competencia o mercado interno” como pone de manifiesto el Informe elaborado por la Comisión de expertos para el estudio del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno (1991), más conocido como “Informe Abril”, p. 38.

⁸⁷ Afirmación que mantiene J. M. Pemán Gavín, *op. cit.*, 2005 p. 78.

⁸⁸ Artículo 1.1, “...la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho”.

⁸⁹ Artículo 1.2, “La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, (...) mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”.

pero no se impide la colaboración de entidades privadas⁹⁰. En este contexto la gestión sanitaria se presenta a través de dos grandes marcos de actuación: la gestión directa del servicio por la propia Administración pública y la gestión indirecta mediante la colaboración público-privada, fundamentalmente a través de la externalización de los servicios (limpieza, lavandería, alimentación, etc.) y pruebas complementarias (resonancia, tomografía, etc.)⁹¹. Bajo el marco de los cambios en las formas de organización y gestión de la asistencia sanitaria han ido proliferando fórmulas de gestión indirecta que presentan notable variedad (acuerdos, convenios, contratos) y, de forma concreta, la LGS confirma, como mecanismos de vinculación entre personas jurídico públicas-privadas, los convenios singulares y los conciertos⁹².

Ya vemos que en relación con los servicios sanitarios no opera la reserva en exclusiva para el sector público por lo que pueden desarrollarse fórmulas de gestión que compatibilizan la actividad pública y la iniciativa privada como son, y vamos a estudiar a continuación, el convenio y el concierto⁹³. Estas figuras no se presentan como formas de organización sino nexo de unión de las organizaciones de carácter privado, que prestan la asistencia sanitaria, con la Administración pública que mantiene la titularidad del servicio⁹⁴.

⁹⁰ Sobre las formas de gestión de los servicios sanitarios vid., entre otros, J. M. Pemán Gavín: "Hacia nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios" (Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio), en *Reforma y Liberalización Económica. Los Decretos-Leyes de junio 1996*, pp. 293 y ss.; A. Menéndez Rexach: "Formas jurídicas de gestión de los servicios sanitarios", L. Parejo, F. Lobo y M. Vaquer (coord.), *La organización de los servicios públicos sanitarios*, Marcial Pons, Madrid, 2001, pp. 71 y ss.; M. Domínguez Martín: *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid, 2006. Un análisis de las distintas fórmulas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios del SNS se recoge en J. L. Gómez de la Hita: "Formas jurídicas de la organización sanitaria. Derecho público y Derecho privado en la provisión pública de servicios sanitarios", *Escuela Andaluza de Salud Pública*, serie monografías, nº 25, Sevilla, 2000.

⁹¹ Para un análisis de la contratación externa de los servicios básicos (limpieza, lavandería, seguridad, mantenimiento, alimentación, etc.) de los hospitales españoles puede verse J. Puig-Junoy y P. Pérez Sust: "Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles", *Gaceta Sanitaria*, (16) 2002, pp. 145-155.

⁹² Estas formas de gestión indirecta de los servicios sanitarios se considera "que son más apropiadas para los servicios de interés general no económicos" por J. Esteve Pardo: *op. cit.*, 2011, p. 451.

⁹³ Para conocer las diferencias sobre estos dos grandes marcos de gestión puede consultarse J. J. Martín y M. O. López del Amo: "Reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud", en *Gestión Hospitalaria*, capítulo 2º, McGraww Hill, 2011.

⁹⁴ Mientras que en el cuadro general de las modalidades de gestión de los servicios públicos figura el concierto no ocurre lo mismo con el convenio, sin embargo, esta ausencia "no impide que se le pueda considerar también como una modalidad de gestión indirecta" como señala A. Menéndez Rexach: "La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad", *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, vol. 6, nº 2, 2008, p. 8.

A) *El Concierto*

Bajo disposiciones de carácter básico la LGS diseña, como vía de colaboración de la iniciativa privada en la prestación de servicios sanitarios, su propio concierto⁹⁵. El concierto sanitario es una modalidad de convenio de colaboración que permite la prestación de servicios sanitarios utilizando medios ajenos a los de la Administración sanitaria⁹⁶. Si bien con carácter general el concierto está ligado a cualquier persona pública o privada, la LGS pese a no mencionar, de forma expresa, el concierto sanitario ligado con centros de titularidad privada, la ubicación de su regulación –artículo 90 del Título IV “De las actividades sanitarias privadas”– nos permite esta afirmación que se refuerza con la previsión de otras figuras, los convenios de integración y adscripción, para la vinculación de la Administración sanitaria con centros públicos.

Para la celebración de concierto sanitario la Ley básica determina los presupuestos que deben concurrir exigiendo a la Administración implicada, con carácter previo, la utilización óptima de sus propios servicios⁹⁷. En esencia no se trata de cubrir la carencia de medios públicos sino de hacer más efectiva la prestación sanitaria por ello, solo cuando la red pública no pueda dar la atención sanitaria a los usuarios, se permite la utilización del concierto⁹⁸. Paralelamente los centros privados que aspiren a la concertación han de ser homologados, también previamente, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente.

⁹⁵ Así lo confirma en los siguientes términos “Esta Ley tendrá la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución y será de aplicación en todo el territorio nacional...” su artículo 2.1.

⁹⁶ Bajo la denominación de “convenios de colaboración” se hace referencia a “una serie de figuras que bajo la denominación de (...) concierto (...) se han introducido en nuestro derecho positivo a raíz de la planificación económica y social” como mantiene M. Bassols Coma, “Consideraciones sobre los Convenios de Colaboración de la Administración con los Particulares para el fomento de las actividades económicas privadas de interés público”, *RAP*, nº 82, 1997, p. 65. De igual forma, los conciertos son “equivalentes” a los convenios de colaboración para E. García de Enterría y T. R. Fernández Rodríguez, *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo I, Civitas, Madrid, octava edición, 1998, pp. 666 y ss.

⁹⁷ Con anterioridad a la LGS el concierto se regulaba, con carácter general para la prestación de los servicios administrativos sanitarios y, de forma particular, para las prestaciones médicas y farmacéuticas en los artículos, respectivamente, 209 y 104 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobada por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. Sobre las características de este concierto puede verse M. Gómez Martín: “Aproximación al régimen jurídico de los conciertos sanitarios. El contrato-programa del hospital universitario de Canarias” (publicado Internet, consulta 7/10/2013). <http://www.ajs.es/download/attach/342>.

⁹⁸ La LGS presenta el concierto sanitario como forma jurídica de carácter subsidiario, sin embargo, la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (1995), no incorpora ninguna referencia al respecto y se “olvida” del carácter subsidiario y transitorio de esta modalidad de contrato de gestión de servicios públicos. Sobre esta cuestión puede verse A. Menéndez Rexach, “Las fórmulas sanitarias de gestión indirecta de servicios sanitarios: especial referencia al concierto sanitario” en *La gestión de los servicios sanitarios: modelos alternativos*, III Congreso Derecho y Salud, Pamplona, Gobierno de Navarra, 1995, pp. 73 y ss.

En cuanto al régimen jurídico del concierto sanitario la LGS da prioridad, en caso de igualdad de condiciones, a los centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que no tengan carácter lucrativo. Solo si la Administración competente toma la decisión de utilizar esta fórmula, las entidades citadas son prioritarias para su elección como entidad concertada, pero en modo alguno su significación puede entenderse en el sentido de tener reconocido el derecho al concierto. La concertación debe adecuarse a los objetivos de los planes de salud, ya que no puede entrar en contradicción con la planificación sanitaria. La Administración titular debe fijar, a nivel reglamentario, los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes de la concertación, siempre que quede asegurada la igualdad de trato para los usuarios afectados por el servicio concertado respecto de los usuarios de centros públicos. Mientras que la determinación de los derechos y obligaciones recíprocas se fijan en el marco contractual del concierto, la Administración competente establece, en base a módulos de coste efectivos, las condiciones económicas siempre revisables. La concertación determina una intervención limitada de la Administración contratante porque la autoridad sanitaria ejerce funciones de inspección y control de aspectos sanitarios, administrativos y económicos relativos a cada enfermo atendido por el centro privado⁹⁹. Finalmente la LGS no recoge referencias a la duración del concierto sanitario lo que puede interpretarse como un reconocimiento implícito de su consideración de fórmula contractual y, por consiguiente, sometido al plazo máximo de duración fijado por la legislación sobre contratación administrativa¹⁰⁰.

De su regulación podemos concluir que el concierto sanitario es una modalidad de contrato de gestión de servicio público que conlleva a que una empresa realiza actividades análogas a las del servicio público sanitario, por lo que viene a cubrir las carencias de asistencia sanitaria de la Administración para la prestación del servicio, convirtiéndose en una figura donde, hasta que la Administración esté en condiciones de asegurar, con medios propios, su prestación, la interinidad o transitoriedad es la nota característica de la prestación sanitaria¹⁰¹.

⁹⁹ Con el concierto “no se produce una publicación de la organización y funcionamiento del centro privado, sino que la Administración se reserva la facultad de inspeccionar el cumplimiento de las condiciones pactadas para la prestación del servicio” como mantiene J. Sánchez Caro: “Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud)”, *Revista de Administración Sanitaria*, vol. IV, nº 14, 2000, p. 128.

¹⁰⁰ La Ley de Contratos de las Administraciones Públicas (1995), disponía una duración máxima de setenta y cinco años (artículo 158). Hoy en día, el plazo máximo de duración de un contrato está fijado en cincuenta años (artículo 278 del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público). En adelante TRLCSP.

¹⁰¹ Esta afirmación se refuerza con la determinación del plazo máximo de duración “10 años, salvo excepciones” de los contratos de gestión de los servicios públicos y con la prohibición “de duración indefinida” prevista en el artículo 254 TRLCSP.

B) El Convenio Singular

A nivel sanitario la fórmula convencional se presenta como protagonista en distintos supuestos de la LGS: convenios singulares para la vinculación de hospitales generales del sector privado a la red pública (artículos 66-67); convenios entre el Gobierno y las Comunidades Autónomas para la adopción de los criterios básicos mínimos y comunes en materia de información sanitaria (disposición adicional segunda); convenios para la transferencia a las Comunidades Autónomas de los establecimientos y centros sanitarios de titularidad local (disposición transitoria primera). Analizando esta relación la LGS presenta dos posibilidades para la prestación sanitaria, por un lado, el convenio interadministrativo entre Administraciones públicas con múltiples finalidades y, por otro, el convenio singular para la vinculación de centros privados a la red pública. Ya es sabido, que la LGS es la norma específica y habilitadora para la vinculación de los hospitales del sector privados que lo soliciten a la red pública de salud, pero para la regulación de la celebración de convenios la LGS presenta carácter de norma no básica y, por tanto, supletoria para las Comunidades Autónomas cuya legislación puede desplazar su contenido¹⁰².

Para la LGS el convenio singular es la figura jurídica que permite, a excepción de las cuestiones ligadas con la titularidad del centro y la relación laboral del personal sanitario, la vinculación del hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos. En concreto, con la vinculación del hospital privado tiene lugar la publicación de su régimen de funcionamiento y organización¹⁰³. La LGS establece los presupuestos técnico, asistencial y económico que deben concurrir para que la vinculación se produzca y los concreta en los siguientes extremos: ha de estar homologado por un protocolo previamente definido donde queden establecidas las características técnicas de los centros interesados; ha de constar la determinación de las necesidades asistenciales que lo justifican, por ejemplo, listas de espera, ocupación hospitalaria, servicios especializados, etc.; la vinculación estará supeditada, como es lógico, a la disponibilidad económica de la Administración.

Por tanto, la LGS no reconoce a los titulares de los centros privados el derecho al convenio, porque no tienen reconocido el derecho a la integración de sus centros hospitalarios en el sistema público cuando lo soliciten, en este sentido, la Administración podrá dene-

¹⁰² En la LGS los artículos 66 y 67 no tienen carácter de norma básica, mientras que los artículos 94 y 95 de la misma Ley sí son normas básicas. Merece especial atención la similitud de contenidos que presentan, respectivamente los artículos 67.5 “Los hospitales privados vinculados con el Sistema Nacional de Salud estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos, económicos que los hospitales públicos, aplicando criterios homogéneos y previamente reglados” y 94.1 “Los hospitales privados vinculados en la oferta pública estarán sometidos a las mismas inspecciones y controles sanitarios, administrativos y económicos que los hospitales públicos”.

¹⁰³ Como reconoce el artículo 30.2 LGS “Los centros a los que se refiere el artículo 66 de la presente Ley estarán, además sometidos a la evaluación de sus actividades y funcionamiento (...). En todo caso las condiciones que se establezcan serán análogas a las fijadas para los centros públicos”.

garla en los supuestos de inexistencia de necesidades asistenciales y, lo más importante, la insuficiencia de recursos económicos. No obstante, la vinculación de los centros hospitalarios debe realizarse en las mismas condiciones, esto es, en cuanto a las facultades que se otorgan y las obligaciones que se contraen. Por último, la vinculación establecerá los derechos y obligaciones recíprocas en relación a los siguientes extremos: duración, prórroga, suspensión temporal, extinción definitiva, régimen económico, número de camas hospitalarias y demás condiciones de prestación de la asistencia sanitaria.

Finalizamos señalando que si es difícil establecer en la práctica la diferencia entre lo público y lo privado, no lo es menor el reconocimiento de las diferencias entre estas formas de gestión privada de los servicios sanitarios que no son siempre nítidas y en ocasiones se confunden¹⁰⁴.

2. La atención concertada de los servicios sanitarios en el Sistema Público Andaluz

La gestión de los servicios sanitarios se traslada, a través del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, a la Comunidad Andaluza donde se configura con carácter público y bajo un modelo de gestión directa¹⁰⁵. Sin embargo, la mejora de la asistencia sanitaria y las circunstancias especiales de amplitud y dispersión geográfica del territorio andaluz han dado lugar a la prestación de los servicios sanitarios fuera del sector público. La normativa autonómica ofrece cobertura a la utilización de las fórmulas de gestión indirecta ya reguladas en la LGS, los conciertos y los convenios de vinculación¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Como sostiene J. L. Gómez de la Hita: "Formas jurídicas de la organización sanitaria. Derecho público y Derecho privado en la provisión pública de servicios sanitarios", *Escuela Andaluza de Salud Pública*, serie monografías, nº 25, 2000, Sevilla, p. 311 y "son una cuestión de grado" para M. Gómez Martín, *op. cit.*, pie página 33 citando a Villar Rojas "la diferencia entre uno y otro estriba en el mayor grado de publicación de la actividad de los hospitales vinculados" en "La ordenación sanitaria en Canarias: Aspectos jurídicos", comunicación presentada en el ID Congreso Derecho y Salud, 1994.

¹⁰⁵ En el Estatuto de Autonomía (originario) se concede a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia exclusiva en materia de "sanidad e higiene" (artículo 13.21). Desde el año 1984 la Junta de Andalucía asume las competencias gestionadas por el Instituto Nacional de Salud en materia de conciertos, si bien hasta el 1 de enero de 1993 la Consejería de Salud no asume las competencias en la "gestión directa de los convenios y conciertos".

¹⁰⁶ La regulación normativa sobre los conciertos y convenios se recoge de forma específica, entre otros, en el Decreto 208/1992, de 30 de diciembre, que determina la competencia de la Consejería de Salud para el desarrollo normativo de la concertación de servicios sanitarios; el Decreto 165/1995, de 4 de julio, por el que se regulan los procedimientos de homologación de Centros Hospitalarios y de suscripción de convenios y conciertos entre la Consejería o el Servicio Andaluz de Salud y entidades, tanto públicas como privadas, para la prestación de asistencia sanitaria en los mencionados Centros; la Orden de la Consejería de Salud de 23 de octubre de 1998, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de convenios o conciertos para la prestación de asistencia sanitaria en centros hospitalarios; la Orden de la Consejería de Salud

Inicialmente la complejidad que se deriva de la ordenación de la asistencia sanitaria con la participación privada lleva a afrontar, en primer lugar, la de los centros hospitalarios y dejar, para un desarrollo posterior, el resto de los servicios sanitarios. Para la prestación de la asistencia sanitaria en centros hospitalarios está previsto que la Consejería competente y el SAS puedan suscribir “cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y las disponibilidades presupuestarias lo permitan”, convenios y conciertos con entidades privadas¹⁰⁷. Por un lado, los convenios singulares de vinculación son convenios de ejecución que se celebran entre la Administración sanitaria y las entidades privadas titulares del centro hospitalario y que suponen la vinculación a la Red Pública Sanitaria. Por otro lado, los conciertos sanitarios se celebran entre ambos sujetos públicos y privados y no conllevan ese lazo de unión¹⁰⁸. La colaboración público-privada entre la Administración Sanitaria y las entidades privadas a través de estos instrumentos se regula por normas propias y por normas específicas de la contratación administrativa. En este sentido, el Consejo Consultivo de Andalucía reconociendo diferencias entre los convenios de colaboración y los contratos de la Administración no impide la aplicación de la legislación de contratación administrativa a los convenios de prestación de servicios sanitarios por empresas privadas¹⁰⁹.

La suscripción de convenios o conciertos debe ser garantía de que la prestación asistencial es igual para todos los ciudadanos con derecho a cobertura sanitaria pública, porque la oferta de los servicios sanitarios prestados por los centros hospitalarios concertados o convenidos no puede ser complementaria, sino sustitutiva de la prestación asistencial que existe en los centros sanitarios públicos.

Los hospitales concertados o convenidos tienen que estar previamente homologados e inscritos en el registro de Centros y Establecimientos Sanitarios de la Consejería Salud. Para su homologación los centros sanitarios se clasifican en los siguientes grupos: hospitales de media y larga distancia; médico-quirúrgico; general básico; de especialidades y centros de tratamientos específicos¹¹⁰. Todos los centros hospitalarios, salvo los centros

de 4 de junio de 1998, por la que se establece el procedimiento de gestión para la derivación de pacientes a centros hospitalarios concertados o convenidos por la Consejería de Salud.

¹⁰⁷ El I Plan Andaluz de Salud marcaba los objetivos y compromisos del Gobierno andaluz sobre la política sanitaria y aconsejaba “orientar la concertación hacia las necesidades complementarias de los servicios sanitarios públicos” (Preámbulo).

¹⁰⁸ Sobre la distinción entre convenios y contratos puede verse A. J. Sánchez Sáez, *Los convenios administrativos para la protección ambiental*, Instituto Andaluz de Administración Pública, Sevilla, 2004, pp. 107 y ss.

¹⁰⁹ En este sentido se muestran sus Dictámenes 32/1995 de 1 de junio y 161/1997, de 17 de diciembre.

¹¹⁰ Los hospitales de media y larga distancia son aquellos destinados a la atención sanitaria con procesos clínicos ya diagnosticados, que requieren hospitalización derivada de necesidades de vigilancia o rehabilitación. Los hospitales médico-quirúrgicos son aquellos destinados a la realización de intervenciones programadas de baja complejidad y a la realización de técnicas diagnósticas que requieran hospitalización. Los hospitales generales básicos son aquellos destinados a la atención sanitaria que requiera tratamiento quirúrgico de media complejidad y en los que se pueda atender, además, procesos médicos. Los hospitales de especialidades son aquellos que

de tratamientos específicos, reúnen similares características respecto al personal sanitario, equipamiento y servicios generales, de diagnóstico y tratamiento. De forma particularizada cada centro hospitalario cuenta con unidades de hospitalización y servicios propios de diagnóstico y tratamiento derivados de las finalidades que tienen encomendados¹¹¹. Además, pueden optar al desarrollo de áreas de atención, servicios de diagnósticos o especialidades médicas o quirúrgicas distintas de las prestadas con carácter necesario¹¹². La propia naturaleza de los centros de tratamiento específico, derivada de la complejidad de la asistencia sanitaria prestada o del tipo de enfermos que deben tratarse, es determinante para fijar la disponibilidad de servicios sanitarios de cada uno de ellos.

Paralelamente a la homologación los hospitales concertados tendrán que formalizar con la Consejería de Salud o el SAS el correspondiente convenio o concierto, que una vez suscrito ha de adecuarse a un contenido básico, en el que destacamos, entre otros extremos, el sistema de derivación de pacientes¹¹³. En el SAS la derivación de pacientes a hospitales concertados se ejecuta a través de dos sistemas diferenciados. En el primero la gestión se formaliza, según las necesidades que se generen en cada momento, directamente por cada centro; mientras que en el segundo la gestión de la demanda de los hospitales y la determinación de prioridad de la asistencia concertada se encomienda a una unidad específica. Tras varios años de experiencia, decae el uso del primer sistema identificándose las ventajas de la gestión centralizada, ya que permite conocer la disponibilidad asistencial de los recursos, planificar la asistencia evitando las situaciones de infrautilización o sobreutilización de los hospitales, mantener una constante fluidez en la derivación, en definitiva, proporcionar el mayor aprovechamiento de los recursos sanitarios disponibles. La sanidad andaluza apuesta por la utilización centralizada del servicio de derivación de pacientes mediante la creación de un marco de gestión único y donde la optima utilización del conjunto de hospitales concertados se desarrolla a través de las Delegaciones Provinciales de la

pueden prestar asistencia sanitaria a pacientes que requieran tratamiento quirúrgico complejo y en los que se pueda atender, además, procesos médicos. Los centros de tratamientos específicos son aquellos centros especializados en la atención sanitaria de pacientes con determinadas patologías (Anexo II Decreto 165/1995).

¹¹¹ Como especialidades los hospitales de media y larga distancia disponen de unidades de hospitalización; los hospitales médico-quirúrgico de unidades de hospitalización y servicios de diagnóstico y tratamiento –anatomía patológica y bloque quirúrgico–; los hospitales generales básicos de unidades de hospitalización con servicios específicos –medicina interna, cirugía general, traumatología y cirugía ortopédica– y servicios comunes de diagnóstico y tratamiento –anatomía patológica, bloque quirúrgico, y farmacia–; los hospitales de especialidades disponen de unidades de hospitalización –medicina interna, cirugía general, obstetricia y ginecología, oftalmología, pediatría, psiquiatría, traumatología, urología y unidad de cuidados especiales– y de servicios comunes –anatomía patológica, bloque quirúrgico, y farmacia– (apartado B, punto 2, Anexo II Decreto 165/1995).

¹¹² Las áreas de atención sanitaria a las que pueden optar los centros son: consultas externas; hospitalización a domicilio; hospital de día; urgencias; rehabilitación; unidades de cuidados especiales y otras. Los centros pueden contar con un servicio de diagnóstico de medicina nuclear y, dentro de las especialidades médicas o quirúrgicas, medicina interna, cirugía general y obstetricia y ginecología (apartado B, punto 3, Anexo II Decreto 165/1995).

¹¹³ El contenido básico que se exige a la asistencia concertada se determina en el artículo 15 del Decreto 165/1995.

Consejería de Salud que se configuran, encargadas de la derivación de pacientes y del seguimiento y evaluación de la atención sanitaria concertada, como Unidades de Gestión Provincial¹¹⁴.

En la concertación del sector hospitalario uno de los aspectos más relevantes, para la atención sanitaria, es la garantía de la transparencia a la hora de fijar los presupuestos de los diferentes convenios o conciertos suscritos y la homogeneidad del sistema de tarificación que se implante, objetivos que se alcanzan con la implementación de una fórmula de tarificación única, basada en la Unidad de Producto Concertado¹¹⁵. Los servicios sanitarios concertados tienen que concretarse en servicios de asistencia, procesos quirúrgicos con facultativos, consultas y otros servicios –sesiones de rehabilitación, hemodiálisis, ecografía, mamografía, urgencias, etc.– y están dedicados a la prestación de estancias médicas, hospitalización domiciliaria por día, estancia hospital de día, estancia en unidad de desintoxicación hospitalaria, procesos quirúrgicos, consultas y urgencias, sin perjuicio de la contratación específica de pruebas diagnósticas y terapéuticas especiales¹¹⁶.

En estas páginas únicamente hemos plasmado algunas consideraciones sobre el régimen jurídico de los hospitales concertados como instrumentos activos y complementarios integrados en las estrategias desarrolladas por la Consejería de Salud para alcanzar los objetivos de su política sanitaria¹¹⁷.

¹¹⁴ La gestión de la atención sanitaria concertada llevada a cabo por estos órganos y el procedimiento de derivación de pacientes están regulados en la Orden de 4 de junio de 1998, de la Consejería de Salud, por la que se establece el procedimiento de gestión para la derivación de pacientes a centros hospitalarios concertados o convenidos por la Consejería de Salud.

¹¹⁵ El sistema de tarificación de los convenios o conciertos sanitarios, previsto en el artículo 17 del Decreto 165/1995, a través de la Unidad de Producto Concertado, se regula en los artículos 3 y ss. de la Orden de 23 de octubre de 1998, de la Consejería de Salud, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de convenios y conciertos para la prestación de asistencia sanitaria en centros hospitalarios (BOJA núm. 128, de 10 de noviembre).

¹¹⁶ La relación, descripción y contenido de los servicios de asistencia sanitaria concertada se recoge en el artículo 2 y Anexo I de la Orden de 23 de octubre de 1998.

¹¹⁷ En Andalucía existen un total de 17 hospitales concertados pertenecientes a entidades con y sin ánimo de lucro, que prestan servicios especializados. En las provincias de Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Granada, Málaga y Sevilla nos encontramos entidades concertadas como la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Cruz Roja, Empresa José Manuel Pascual S.A. y otras. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, *Informe anual del Sistema Nacional de Salud Andalucía*, 2010, p. 15 (publicación Internet, consultada 23/07/2013). <http://www.msssi.gob.es/.../sns/.../informeAnual2009/AndaluciaSNS2009>.

IV. LA PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD

1. La participación ciudadana en el ámbito de las instituciones sanitarias

La participación comunitaria se articulaba por la LGS a través de las corporaciones territoriales y, citadas de forma expresa, las organizaciones sindicales y empresariales (artículo 5)¹¹⁸. Ya a nivel autonómico, aparte de declarar que la ordenación general de las actividades sanitarias y las actuaciones sobre la protección de la salud se inspiran en el principio de participación ciudadana, la LSA determina los cauces formales y territoriales adecuados para la participación, si bien limitándolos a organismos participativos de carácter meramente consultivo, informativo y sin contenido operativo. La LSA en los Capítulos I y II del Título III “Participación de los ciudadanos” regula el Consejo Andaluz de Salud y los Consejos Andaluces de Área y esta regulación se completa, en cuanto a la composición y funcionamiento de ambos órganos, en vía reglamentaria¹¹⁹.

De un lado, el Consejo Andaluz de Salud se crea como “órgano colegiado de participación” de naturaleza consultiva y asesora en el ámbito de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma¹²⁰. Son funciones de este órgano de participación social: a) Formular propuestas relacionadas con los programas de salud que faciliten la aplicación práctica de los dere-

¹¹⁸ La participación comunitaria entendida como “implicación activa de los ciudadanos, grupos sociales y la comunidad en el proceso de toma de decisiones comunitario” por el *Glossaire Européen en Santé Publique*. Un intento por definir la participación ciudadana se realiza por J. M. Porro Gutiérrez, “Participación ciudadana y democracia”, en J. M. Porro Gutiérrez (dir.), *Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 15-22. De igual forma este autor analiza los modelos de democracia representativa y participativa en “De la crisis de las democracias occidentales a la democracia participativa: La democratización de la democracia”, en J. M. Porro Gutiérrez (dir.), *Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 23-38. Por el papel del ciudadano como copartícipe en las decisiones de las políticas públicas (sanitaria) e identificando la participación con “la posibilidad de acceso de todos los ciudadanos a los centros de gestión para hacer valer sus intereses”, con un objetivo por cumplir “mejorar la eficacia de la actuación de los poderes públicos” ya que ha de permitir un mejor conocimiento “de la realidad y las necesidades sociales” y destinada a decidir “a influir en la toma de decisiones” nos dedicamos en el trabajo M. E. Teijeiro Lillo, “Marco jurídico e instrumentos participativos para la intervención ciudadana en la gestión pública”, en M. Zambonino Pulito (dir.), *Gobernanza, derecho administrativo y políticas públicas en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 89-13.

¹¹⁹ De conformidad con el contenido del artículo 7.3 de la LSAS se crea el Consejo Andaluz de Salud, por el Decreto 109/1993, de 31 de agosto, derogado por el Decreto 174/2001, de 24 de julio, por el que se establecen las normas reguladoras del Consejo Andaluz de Salud (BOJA núm. 97, de 23 de agosto). Los Consejos de Salud de Áreas se crean por el Decreto 259/2001, de 27 de noviembre, por el que se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área (BOJA núm. 148, de 18 de octubre de 2006).

¹²⁰ Definido como “el máximo órgano de participación social en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución y sentando las bases legislativas para el desarrollo de los correspondientes órganos territoriales de participación social, reforzando el papel que vienen desempeñando las centrales sindicales y las organizaciones empresariales, así como las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía” (apartado VI Exposición de Motivos LSA).

chos y deberes de los usuarios del SSPA; b) Colaborar en el seguimiento del Plan Andaluz de Salud y en la consecución de sus objetivos; c) Estimular las iniciativas que tengan por objeto la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; d) Recibir información relativa al funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos; e) Conocer, previamente a su aprobación, la Memoria Anual de la Consejería de Salud y del SAS; f) Realizar cuantas funciones le sean reglamentariamente atribuidas y aquéllas que específicamente se le sometan; g) Elaborar y aprobar sus normas de funcionamiento. En definitiva, este órgano tiene encomendado el ejercicio de las funciones de asesoramiento y seguimiento, sin ningún poder decisorio, de la política sanitaria.

En relación a su composición el Consejo Andaluz de Salud está integrado y tienen representación, según se determine reglamentariamente: la Administración sanitaria autonómica, las Corporaciones Locales, las Universidades, las organizaciones sindicales y empresariales, las organizaciones de usuarios y los colectivos profesionales¹²¹. Del total de vocales 8 se reservan a la Administración autonómica, 3 a otras Administraciones (Municipios, Provincias y Universidad) y el resto, 15 vocales, a las organizaciones sociales y empresariales y de éstas, 6 vocales son representantes de los colectivos profesionales del sector sanitario¹²². En cuanto a su funcionamiento, el Consejo se reúne en régimen de pleno y, cuando se estime oportuno, de comisiones de trabajo.

De otro lado, la LSA (artículo 13) articula la participación social, a nivel territorial del Área de Salud, por órganos colegiados con funciones de consulta y asesoramiento similares a las del Consejo Andaluz de Salud, son los Consejos de Salud. En cuanto a su composición es similar a la del Consejo, también éste órgano consultivo y asesor asume funciones equivalentes, si bien referidas a su ámbito territorial, y deben participar en la formulación y seguimiento de los Planes de Salud de Área¹²³.

¹²¹ La propia LSA es determinante con la composición del Consejo Andaluz de Salud y dispuso la garantía de la participación de las Administraciones locales, organizaciones sindicales y empresariales, colegios profesionales y organizaciones de consumidores y usuarios (artículo 12).

¹²² La representación de las organizaciones y colectivos profesionales se distribuye en: cuatro miembros en representación de las Federaciones y Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía; un representante por cada uno de los Sindicatos más representativos; ocho miembros de los Colegios Profesionales existentes en Andalucía –uno de ellos por el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos; otro por el de Diplomados en Enfermería; otro por el de Farmacéuticos, otro por el de Veterinarios, otro por el de Odontólogos y Estomatólogos, otro por el de Psicólogos, otro por el de Fisioterapeutas y otro por el de Podólogos–; dos miembros en representación de las Organizaciones Empresariales de mayor representatividad en Andalucía [artículo 4.1.c) Decreto 174/2001, de 24 de julio]. La composición del Consejo de Salud era homóloga en el Decreto 109/1993.

¹²³ La representación de las Administraciones Territoriales se identifica, en función de la población de los municipios que se integran en el AS y, así, están representados: un vocal para los municipios menores de 20.000 habitantes y otro para los municipios con mayor población [artículo 17.1.c) Decreto 259/2001]. Parece que el tamaño de los municipios es relevante para la composición de los órganos, sin embargo, entre los ayuntamientos de menos de 10.000 habitantes sólo un 10% posee algún instrumento normativo regulador de la participación como afirma J. M. Porro Gutiérrez, "Participación ciudadana en el ámbito local: Aproximación a la

Las previsiones de la LSA (artículo 14.1) de poder establecer otros órganos de participación ciudadana se va configuración con la creación de los Consejos de Salud en los Distritos de Atención Primaria, las Comisiones de Participación Social en las Áreas Hospitalarias y las Comisiones Consultivas en las Áreas de Gestión Sanitaria. Las Comisiones Consultiva se regulan como nuevas estructuras participativas con funciones de participación consulta y asesoramiento de ámbito limitado a cada una de estas unidades territoriales, en cuanto a su composición, similar a la de los órganos analizados, se integra con la doble representación de la Administración sanitaria y las organizaciones sociales¹²⁴. En los DAP se crea como órgano de participación, con carácter consultivo, un Consejo de Participación¹²⁵.

Durante las últimas décadas con la creación de este conjunto de órganos la participación ciudadana adquiere relevancia, al menos desde la perspectiva teórica, en el ámbito de la salud pública, si bien, la participación real en salud marca distancias porque su carácter meramente informativo y de conocimiento con escasas funciones de gestión, control y decisión directa ha provocado que los órganos de consulta y participación hayan ido desapareciendo o dejando de funcionar de manera regular¹²⁶. El SAS ha ido funcionando sin mecanismos reales de participación ciudadana, porque los organismos citados no surgen de las demandas de la sociedad, sino del compromiso y prioridad del sistema público con la salud de las personas.

2. Las nuevas orientaciones de la participación en los ámbitos de la sanidad y la salud

Los cambios sustanciales en el SNA –mayor descentralización sanitaria, nuevo modelo de financiación, incremento del gasto sanitario, etc.– han sido apreciados por la sociedad que muestra su grado de satisfacción con este sistema público y está dispuesta a participar

estructura normativa desde los reglamentos de participación ciudadana”, *Revista Aragonesa de Administración Pública*, nº 39-40, 2012, p. 396.

¹²⁴ La composición de las Comisiones de AGS se distribuye en: cuatro miembros de la Administración Sanitaria Andaluza; dos miembros de las Corporaciones Locales integradas en la demarcación territorial del Área; dos miembros de las Organizaciones Sindicales; dos miembros de las Organizaciones y Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía; dos miembros de las Organizaciones Empresariales de Andalucía (artículo 2.2 Decreto 529/2004).

¹²⁵ Artículo 20 Decreto 195/1985, de 28 de agosto.

¹²⁶ Como manifiesta J. L. Ruiz Giménez, “Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español”, *Revista Comunidad PACAP*, nº 8, 2005, p. 62. De forma más expresiva “fulminar la participación social no ayuda precisamente a un sistema que está siendo cuestionado, atacado y vilipendiado por los que solo ven en la salud una mercancía” son las críticas vertidas por la Presidenta de FACUA Andalucía –Olga Ruiz– a la Consejera de Salud –María Jesús Montero–, (publicación Internet, consultada 16/07/2013) <http://www.facua.org/es/txt/noticia>. También el Informe SESPAS 2006 anuncia, reconociendo el escaso interés de los usuarios por la participación en órganos de representación, una valoración negativa.

de forma activa, a pesar de la falta de vías para canalizar su participación, en el sistema sanitario¹²⁷.

El SNS incorpora “el reconocimiento explícito de la capacidad de influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen”¹²⁸. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud propone la participación social en el SNA “participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios, y para permitir el intercambio de conocimientos y experiencias” (apartado I Exposición de Motivos). Dentro del ámbito de las políticas sanitarias las iniciativas ciudadanas, individuales u organizadas, engloban un amplio marco de actuación donde se recogen experiencias organizativas, de planificación, implantación y gestión del sistema sanitario hasta llegar a la autogestión de la salud¹²⁹. La Administración sanitaria andaluza está promoviendo directamente, incorporando las aportaciones de los usuarios y consumidores, iniciativas de participación ciudadana en el diseño e implantación de las políticas sanitarias como ha recogido la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía en un informe del año 2006¹³⁰.

En el proceso de asistencia sanitaria se plantea la conveniencia de ir fusionando, de forma gradual, la participación del usuario en la toma de decisiones, así se identifica por la legislación autonómica en relación a cuestiones como el consentimiento informado para intervenciones, tratamientos y exploraciones o la declaración de voluntad anticipada para mantener las constantes vitales en los procesos terminales¹³¹. La participación social en la toma de decisiones relativas a su salud tiene su reflejo en la Recomendación (2000) 5 del Consejo de Europa con la implantación de sus líneas directrices¹³². La promoción de la toma de decisiones compartida ha sido impulsada desde el SAS, se está incorporando en

¹²⁷ Tras analizar los barómetros sanitarios del Centro de Investigaciones Sociológicas es la conclusión que manifiestan J. Del Llano, A. Hidalgo y S. Pérez Camarero, *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Valoración según los barómetros sanitarios*, Ergon, Madrid, 2006.

¹²⁸ Artículo Ley 41/2002, de noviembre.

¹²⁹ Podríamos hablar de foros de participación, paneles informativos, jurados de ciudadanos, etc. estas y otras propuestas se examinan por A. Segura, “La participación ciudadana, la sanidad y la salud”, *Revista Gestión Clínica*, vol. 12, nº 2, 2010, pp. 55-62.

¹³⁰ Puede verse J. J. Cerezo, *Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos*, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla, 2006 (publicación Internet, consultada 13/10/2013) <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>.

¹³¹ Orden de 8 de julio de 2009, de la Consejería de Salud, por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado (BOJA núm. 152, de 6 de agosto).

¹³² En relación con ellas véase VV. AA., “Participación del ciudadano”, *Manual de Calidad Asistencial*, SESCAM, Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla La Mancha, 2009, pp. 447-448.

su cartera de servicios para fortalecer la capacitación de los usuarios y se han elaborado varias herramientas de ayuda por los Servicios y la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Andalucía (AETSA)¹³³.

Tampoco debemos olvidar que la intervención del usuario tiene reflejo en las guías relativas a la mejora de la calidad de los servicios y, especialmente, en materia de prevención de riesgos de seguridad. La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a través de su Portal de Salud¹³⁴ incluye, en el apartado “Herramientas para ayudar a implicarlo en la toma de decisiones relacionadas con la salud” de la sección para ciudadanos, dos documentos para la prevención de errores médicos: por un lado, “cinco recomendaciones para recibir una mejor atención médica”, por otro lado, “Consejos para cuando visite a su médico”¹³⁵.

En el SAS el nuevo rol del ciudadano (paciente), su percepción del sistema público, su participación individual corresponsabilizada en las decisiones sanitarias, su formación en habilidades y competencias, su participación en la salud colectiva son los desafíos que tiene planteada, en términos de funcionalidad y de legitimidad, la gobernanza en salud pública, cuyo análisis es centro de otra ley, la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, por ello ponemos en nuestro estudio punto y aparte¹³⁶.

¹³³ A modo de ejemplo, VV. AA., “Herramienta de ayuda a la toma de decisiones (HATD) para pacientes con fibrilación auricular no valvular”, Sevilla, AETSA, Ministerio de Salud, Madrid, 2008. La participación activa del paciente en las decisiones sobre su salud se estudia por A. Ruíz Azarola y L. Pérez Pérez, “Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartidas. Informe SESPAS 2012”, *Revista Gaceta Sanitaria*, 2012, nº 26, pp. 158-161.

¹³⁴ Portal de Salud de la Junta de Andalucía. Ciudadanos: Herramientas para ayudarle a implicarle en la toma de decisiones relacionados con su salud (publicación en Internet, consultada 13/07/2013). <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=ciudadanos>.

¹³⁵ Estos consejos derivan del contenido de las Guías de la Agency for Health Research and Quality (AHRG) de Estados Unidos para la participación activa del paciente en la mejora de la calidad de la atención sanitaria, que incorporan un documento sobre “20 recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos”. Estas recomendaciones y algunas iniciativas (movilización, información, organización, etc.) para la participación del paciente en la mejora continuada de la calidad y seguridad clínica se recoge por P. J. Saturno, “Estrategias para la participación del paciente en la mejora continuada de la seguridad clínica”, *Revista de Calidad Asistencial*, nº 24, 2009, pp. 125-130.

¹³⁶ Todos estos retos son de interés para S. Blancafort Alias, “Gobernanza y participación en el Sistema Nacional de Salud: Visión y expectativas de pacientes y usuarios”, *Papeles de Trabajo*, nº 35, 2009, Fundación Salud, Innovación y Sociedad, pp. 13-24 (publicación Internet, consulta 23-09-2013). http://www.fundsis.org/docs_act/150_documento-de-trabajo-35.

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO OLEA, M.: *Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud*, 2ª ed., Civitas, Madrid, 1999.

AA.VV.: “Reflexiones sobre la atención primaria de salud. Una visión histórica de la atención primaria en España y su encuadre en la evolución económica del país”, *Documento de Trabajo 172/2011*, Fundación Alternativas.

BASSOLS COMA, M.: “Consideraciones sobre los Convenios de Colaboración de la Administración con los Particulares para el fomento de las actividades económicas privadas de interés público”, *RAP*, nº 82, 1997, p. 65.

BELTRÁN AGUIRRE, J. L.: “Anotaciones a la Ley de Cohesión de Calidad del Sistema Nacional de Salud”, *Revista Derecho y Salud*, vol. 11, nº 2, julio-diciembre 2003, pp. 125 y ss.

BLANCAFORT ALIAS, S.: “Gobernanza y participación en el Sistema Nacional de Salud: Visión y expectativas de pacientes y usuarios”, *Papeles de Trabajo*, nº 35, Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2009, pp. 13-24.

CEREZO, J. J.: *Descripción de iniciativas de participación ciudadana en la planificación e implantación de políticas en sistemas sanitarios públicos*, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Sevilla, 2006.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS): “Calidad de los servicios públicos, VI. Distribuciones marginales”, *Estudio*, nº 2908, 2011.

CORVELLA DUCH, J.: *Manual de Derecho Sanitario*, Atelier, Barcelona, 2006.

DEL LLANO, J.; HIDALGO A. y PÉREZ CAMARERO, S.: *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud? Valoración según los barómetros sanitarios*, Ergon, Madrid, 2006.

DOMÍNGUEZ MARTÍN, M.: *Formas de gestión de la sanidad pública en España*, La Ley, Madrid, 2006.

ESCRIBANO COLLADO, P.: “La cohesión del Sistema Nacional de Salud: las funciones del Consejo Interterritorial”, *Revista Andaluza de Administración Pública*, nº 52, 2003.

ESTEVE PARDO, J.: *Lecciones de Derecho Administrativo*, Marcial Pons, Madrid, 2ª ed., 2011.

GARCÍA DE ENTERRÍA, E. y FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ T. R.: *Curso de Derecho Administrativo*, Tomo I, Civitas, Madrid, octava edición, 1998.

GÓMEZ DE HITTA, J. L.: “Formas jurídicas de la organización sanitaria”, *Escuela Andaluza de Salud Pública*, Sevilla, serie monografías nº 25, 2000.

GÓMEZ MARTÍN, M.: *Aproximación al régimen jurídico de los conciertos sanitarios. El contrato-programa del hospital universitario de Canarias*, 2013.

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA: *Ordenación sanitaria en el territorio de las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*, año 2011, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2012, p. 10.

LÓPEZ LARA, E.: “Territorio y ordenación de los servicios sanitarios en Andalucía”, E. López Lara (coord.): *Servicios y transporte en el desarrollo territorial de España*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 2003.

MARTÍN, J. J. y LÓPEZ DEL AMO, M. O.: “Reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud”, en *Gestión Hospitalaria*, capítulo 2º, McGraww Hill, 2011.

MENÉNDEZ REXACH, A.: “La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad”, *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, vol. 6, nº 2, 2008.

- “Formas jurídicas de gestión de los servicios sanitarios”, L. Parejo, F. Lobo y M. Vaquer (coord.): *La organización de los servicios públicos sanitarios*, Marcial Pons, Madrid, 2001.
- “Las fórmulas sanitarias de gestión indirecta de servicios sanitarios: especial referencia al concierto sanitario”, en *III Congreso Derecho y Salud*, Pamplona, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra, 1995.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL: *Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*, 2012.

- *Ordenación sanitaria del territorio en las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)*, año 2011.
- *Sistema Nacional de Salud. Organización general de la atención primaria en las Comunidades Autónomas*, Instituto de Información Sanitaria, Madrid, 2010.
- *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud Andalucía, 2010*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2010.
- *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud Andalucía, 2009*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2009.
- *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud Andalucía, 2008*, Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid, 2008.

MINUÉ LORENZO, S. y MARTÍN MARTÍN, J. J.: “Gestión privada: ¿más eficiente?”, *AMF*, nº 9, 2013.

PEMÁN GAVÍN, J. M.: *Asistencia sanitaria y Sistema Nacional de Salud. Estudios jurídicos*, Comares, Granada, 2005.

- “Hacia nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios (Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de junio)”, en *Reforma y Liberalización Económica. Los Decretos-Leyes de junio 1996*, pp. 293 y ss.

PORRO GUTIÉRREZ, J.: “Participación ciudadana y democracia”, en J. M. Porro Gutiérrez (dir.), *Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 15-22.

- “De la crisis de las democracias occidentales a la democracia participativa: La democratización de la democracia”, en J. M. Porro Gutiérrez (dir.), *Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 23-38.
- “Aproximación a la estructura normativa de la participación ciudadana”, en J. M. Porro Gutiérrez (dir.), *Instrumentos y procesos de participación ciudadana en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 107-124.
- “Participación ciudadana en el ámbito local: Aproximación a la estructura normativa desde los reglamentos de participación ciudadana”, *Revista Aragonesa de Administración Pública*, nº 39-40, 2012, pp. 387-399.

PUIG-JUNOY, J. y PÉREZ SUST, P.: “Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles”, *Gaceta Sanitaria*, (16) 2, pp. 145-155.

RUIZ AZAROLA, A. y PÉREZ PÉREZ, L.: “Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartidas. Informe SESPAS 2012”, *Revista Gaceta Sanitaria*, nº 26, 2012, pp. 158-161.

RUIZ GIMÉNEZ, J. L.: “Participación comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español”, *Revista Comunidad PACAP*, nº 8, 2005, p. 62.

SEGURA, A.: “La participación ciudadana, la sanidad y la salud”, *Revista Gestión Clínica*, vol. 12, nº 2, 2010, pp. 55-62.

SÁNCHEZ CARO, J.: “Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud)”, *Revista de Administración Sanitaria*, vol. IV, nº 14, 2000.

SÁNCHEZ SÁEZ, A. J.: *Los convenios administrativos para la protección ambiental*, Instituto Andaluz de Administración Pública, Sevilla, 2004.

SÁNCHEZ F.; ABELLÁN, J. M. y OLIVA, J.: “Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional”, *Documento de Trabajo*, nº 4/2013.

SATURNO, P. J.: “Estrategias para la participación del paciente en la mejora continuada de la seguridad clínica”, *Revista de Calidad Asistencial*, nº 24, 2009, pp. 125-130.

TEIJEIRO LILLO, M. E.: “Marco jurídico e instrumentos participativos para la intervención ciudadana en la gestión pública”, en M. Zambonino Pulito (dir.), *Gobernanza, derecho administrativo y políticas públicas en España y Marruecos*, Dykinson, Madrid, 2013, pp. 89-113.

VV. AA.: “Participación del ciudadano”, *Manual de Calidad Asistencial*, SESCAM, Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla-La Mancha, 2009, pp. 447-448.

VV.AA.: “Herramienta de ayuda a la toma de decisiones (HATD) para pacientes con fibrilación auricular no valvular”, Sevilla, AETSA, Ministerio de Salud, Madrid, 2008.

VV. AA.: “Cambios en el dispositivo asistencial y su adecuación a los cambios demográficos y a los nuevos retos sociosanitarios”, G. López I Casasnovas (dir.), *Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías*, vol. II, Fundación BBV, Bilbao, 2001.

VV. AA.: “Distritos de atención primaria: la experiencia andaluza”, en *Revista Sanidad e Higiene Pública*, nº 4 julio-agosto, 1991, p. 299.

VAQUER CABALLERÍA, M.: “La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”, L. Parejo, A. Palomar y M. Vaquer (coord.), *La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales*, Marcial Pons, Madrid, 2004, pp. 122 y ss.

VILLAR CAÑADA, I.: “Régimen jurídico de la organización y gestión sanitaria. El nuevo modelo legal de la sanidad pública: El Sistema Nacional de Salud”, en *Comentario práctico a la legislación reguladora de la sanidad en España*, Comares, Granada, 2007, p. 119.