

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA E INTERIOR

Decreto-ley 22/2020, de 1 de septiembre, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19).

I

El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, declaró el brote del coronavirus COVID-19 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), ya que su propagación internacional suponía un riesgo para la salud pública de los países y exigía una respuesta internacional coordinada. En su declaración, el Comité de Emergencias instaba a los países a estar preparados para contener la enfermedad e interrumpir la propagación del virus, mediante la adopción de medidas firmes para detectar la enfermedad de manera precoz, aislar y tratar los casos, hacer seguimiento de los contactos y promover medidas de distanciamiento social acordes con el riesgo.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, con fecha de 13 de marzo, tras reunión del Comité Ejecutivo para el Control, Evaluación y Seguimiento de Situaciones Especiales de Andalucía, se aprueban mediante Orden de la Consejería de Salud y Familias una serie de medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19).

En el ámbito de la Unión Europea, los Jefes de Estado y de Gobierno celebraron el 10 de marzo un Consejo Europeo extraordinario con el fin de analizar la situación en los Estados Miembros y reiterar la necesidad de un enfoque europeo común, tomando las medidas necesarias y actuando con rapidez. En este sentido, el Consejo Europeo identificó cuatro prioridades: Primera, limitar la propagación del virus. Los Estados miembros reiteraron como máxima prioridad asegurar la salud de la ciudadanía, y basar las actuaciones en las recomendaciones científicas y de las autoridades sanitarias, con medidas proporcionales. Segunda, el suministro de equipo médico. Tercera, la promoción de la investigación, en particular para el desarrollo de una vacuna. Y en cuarto lugar, hacer frente a las consecuencias socioeconómicas.

La OMS ha admitido la probabilidad de que en el próximo otoño se produzca una nueva oleada de COVID-19. Con esta alerta internacional coinciden muchos expertos en Salud Pública, que advierten de la posibilidad de una segunda ola del virus, probablemente, en el próximo otoño o incluso antes. Las Autoridades Sanitarias del Gobierno central advierten de la necesidad de estar preparados para ese posible rebrote. Los países se encuentran en etapas diferentes de brotes nacionales y subnacionales, y España, tras el retorno a la nueva normalidad no es ajena a esta situación de brotes regionales y subregionales.

Teniendo en cuenta las circunstancias y escenario descrito, el Gobierno andaluz aprobaba el Decreto-ley 20/2020, de 28 de julio, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19), publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía Boletín Extraordinario número 46, de 29 de julio de 2020.

Mediante la citada norma se adoptaban de forma inmediata, entre otras, las medidas normativas necesarias para mejorar el Sistema de Vigilancia en Salud y el Sistema Integral de Alerta en Salud Pública, activar de manera inmediata mecanismos de vigilancia en salud y de gestión de alertas de alto impacto mediante la creación de órganos colegiados, afrontar la cobertura de las zonas y puestos de difícil cobertura así como la creación

de las Unidades de Gestión de la Salud Pública y agilizar los sistemas de selección y provisión del personal mediante la participación del personal emérito en Tribunales.

De otra parte, se preveía la convocatoria de una línea de subvención dirigida a las empresas para que invirtieran en patrocinio deportivo, repercutiendo así en la capacidad económica del tejido deportivo andaluz, fuente de dinamización de la práctica deportiva federada, y se establecía la obligación de relacionarse exclusivamente con la Administración General de la Junta de Andalucía en los procedimientos selectivos de acceso, provisión de puestos y bolsas de trabajo, a través del uso de medios electrónicos. para hacer frente a las necesidades de conciliación de la prestación del servicio público y la protección de la salud de la ciudadanía, así como minimizar los riesgos de contagio.

Por último, dado que las condiciones de prestación de los servicios durante el estado de alarma han sufrido importantes modificaciones, conllevando un incremento extraordinario del déficit de explotación de dichos servicios, se establecía en dicho decreto-ley una compensación económica extraordinaria de los contratos de concesión de servicios de transporte público regular de viajeros de uso general.

Dichas medidas han quedado derogadas al no contar el Decreto-ley 20/2020, de 28 de julio, con la convalidación del Pleno del Parlamento andaluz, procediendo evaluar en este momento las medidas que el escenario de contagios actual y su impacto en el ámbito económico requieren de una actuación inmediata por parte de este Gobierno, y que no pueden adoptarse mediante otro instrumento, debiendo analizar para cada una de ellas las razones de extraordinaria y urgente necesidad que justifican su adopción por este mecanismo.

No obstante, hay que poner de manifiesto que la situación desde el mes de julio hasta la fecha presente es diferente, la evolución de la situación sanitaria en Andalucía en estos meses ha puesto de relieve que todavía es más urgente, si cabe, la necesidad de abordar las modificaciones previstas en este texto para evitar la transmisión del Covid-19. Todo el esfuerzo para hacer frente a la pandemia se considera fundamental que no se demore en el tiempo.

||

La probable concurrencia, a partir del próximo mes de octubre, de dos patógenos víricos (gripe y coronavirus COVID-19) que pudieran saturar los recursos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, aconsejan abordar una planificación urgente y adecuada que palie graves consecuencias, como, entre otras, la escasez de profesionales, desequilibrios geográficos, sobre o infracualificación, alto índice de desgaste y respuestas tardías en la asistencia.

En el momento actual, el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, pone de relieve en su expositivo que la amplitud y gravedad de esta crisis sanitaria han puesto de manifiesto determinadas carencias en la regulación contenida en nuestra legislación ordinaria para hacer frente a crisis sanitarias de ésta o similar naturaleza. Por ello, se considera también necesario acometer una serie de modificaciones puntuales de la legislación sanitaria de modo que se garantice a futuro la articulación de una respuesta eficaz y coordinada de las autoridades sanitarias ante este tipo de crisis. La necesidad de acometer estas modificaciones para poder afrontar en Andalucía el COVID-19 no significa, por tanto, que dichas modificaciones hayan de decaer cuando no exista pandemia, pues la experiencia de la actual situación vivida a nivel mundial muestra la importancia de que en el futuro seamos capaces, a través de nuestro sistema sanitario, de afrontar cualquier otra alerta sanitaria a la que podemos enfrentarnos. Es importante también tener en consideración que la figura de las «actuaciones coordinadas en salud pública», contempladas en el artículo 5 del Real

00177104

Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, permite elaborar o activar planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias buscando la excelencia y, en definitiva, la salvaguarda de la salud de la población.

El artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía establece que corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, sobre la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en su Título IV, aborda las actuaciones en materia de salud, incluidas las de salud pública en su Capítulo I y las intervenciones públicas en materias de salud en su Capítulo IV. Estos elementos han permitido desarrollar las funciones de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía y sirven de marco general para incorporar los necesarios elementos de modernización e innovación que se requieren en el momento actual y para profundizar en los distintos componentes que integran la función de salud pública en la Comunidad Autónoma. La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, desarrolló los aspectos de salud pública contenidos en la Ley 2/1998, de 15 de junio, sin modificar sus contenidos, pero profundizando en los mismos, avanzando en los aspectos competenciales, modernizando su cartera de servicios y dotando a la función de salud pública en Andalucía de una adecuada arquitectura organizativa.

El Capítulo V del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, determina la detección precoz, control de fuentes de infección y vigilancia epidemiológica y dispone que los servicios de salud de las Comunidades Autónomas garantizarán que, en todos los niveles de la asistencia, y de forma especial en la atención primaria de salud, a todo caso sospechoso de COVID-19 se le realizará una prueba diagnóstica por PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) u otra técnica de diagnóstico molecular, tan pronto como sea posible desde el conocimiento de los síntomas, y que toda la información derivada se transmita en tiempo y forma según se establezca por la autoridad sanitaria competente. Esto necesariamente implica disponer de un sistema sólido de vigilancia en salud en todos los niveles asistenciales con una red de profesionales de salud pública dedicados específicamente a la vigilancia epidemiológica y al control de los brotes epidémicos para mitigar los efectos de la pandemia.

En ese mismo capítulo se hace referencia a que los protocolos de vigilancia aprobados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud serán de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional, sin perjuicio de que las Comunidades Autónomas puedan adaptarlos a sus respectivas situaciones, manteniendo siempre los objetivos mínimos acordados. Esta tarea ha de llevarse a cabo mediante equipos organizados y expertos en salud pública para la coordinación, difusión y formación necesaria para la implementación de estos.

Por último recoge la necesidad de que en los protocolos se incluyan las definiciones necesarias para garantizar la homogeneidad de la vigilancia, las fuentes de información, las variables epidemiológicas de interés, el circuito de información, la forma y periodicidad de captación de datos, la consolidación y el análisis de la información, lo que nos obliga a reforzar los sistemas de información existentes y disponer de la estructura necesaria para la respuesta rápida y eficaz en nuestro contexto.

El Capítulo VI de la referida norma dispone una serie de medidas para garantizar las capacidades del sistema sanitario en materia de recursos humanos, planes de contingencia y obligaciones de información, disponiendo en su artículo 28, que las administraciones competentes velarán por garantizar la suficiente disponibilidad de profesionales sanitarios con capacidad de reorganización de los mismos de acuerdo con las prioridades en cada momento. En particular, garantizarán un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica.

Precisamente allí donde se han tomado acciones tempranas y se han implantado medidas de salud pública integrales, como la identificación rápida de casos, las pruebas y el aislamiento rápido de los casos, el rastreo completo y la cuarentena de los contactos, los países y regiones subnacionales han contenido el brote de COVID-19 por debajo del umbral en el cual los sistemas sanitarios son incapaces de evitar el exceso de mortalidad. Los países que han podido reducir la transmisión y controlar el brote han mantenido la capacidad para ofrecer atención clínica de calidad y minimizar la mortalidad secundaria debida a otras causas mediante la prestación de los servicios sanitarios esenciales de forma continuada y en condiciones seguras. Es patente y notorio que estamos en una crisis mundial que está afectando a la población andaluza, teniendo el Gobierno de Andalucía la obligación de emprender medidas extraordinarias urgentes que posibilite una acción inmediata, rápida, organizada, armonizada, coordinada, con la máxima calidad, y con una comunicación en tiempo real y efectiva que permita no sólo una monitorización adecuada sino una toma de decisiones en caso necesario.

Para alcanzar los objetivos recogidos en los Capítulos V y VI referidos del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, se hace necesario modificar en el Capítulo I del presente decreto-ley, el artículo 62, relativo a la vigilancia continua del estado de salud, y el artículo 66, sobre el sistema de alertas y crisis en salud pública, de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, para garantizar la implicación de la totalidad del Sistema Sanitario en la vigilancia continua del estado de salud y de forma específica de la Atención Primaria, definiendo la organización del Sistema de Vigilancia en salud en todos sus niveles. El Sistema de Vigilancia en Salud requerirá la participación de todos los centros y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados, con independencia de su finalidad.

El Sistema de Vigilancia en Salud dispondrá de redes de vigilancia centinela en salud pública, compuesta por profesionales, laboratorios o centros sanitarios que aportarán información complementaria para la mejora de la calidad de la vigilancia de la salud de la población en aquellos problemas de salud que se determinen. Esta red permitirá disponer de información más precisa sobre la epidemiología de una enfermedad u otro problema de salud, complementando y mejorando la información de vigilancia epidemiológica disponible. Se propone establecer redes centinelas sobre la base de la experiencia de la vigilancia centinela gripe en Andalucía, contribuyendo a la vigilancia epidemiológica y a la evaluación de la efectividad de las medidas de control en aquellas enfermedades u otro tipo de problema emergente en salud que se determinen.

Asimismo, con la modificación del artículo 66 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, el Sistema Integral de Alerta en Salud Pública asegurará la intervención rápida y eficaz ante los brotes, creando una red de profesionales dedicados específicamente a la detección y respuesta en Alertas de salud pública, profesionales que estarán disponibles las veinticuatro horas, los siete días de la semana, definiendo el papel de estos profesionales como agentes de la autoridad sanitaria en la intervención en su ámbito territorial. Para ello, se definen con mayor amplitud los objetivos del Sistema Integral de Alerta en Salud Pública, reforzando su objetivo fundamental de evaluar e identificar rápidamente el riesgo para la salud pública y se crea el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto.

El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto, se configura como órgano de participación administrativa que se activará en aquellas situaciones que determine la persona titular de la Consejería con competencias en materia de salud, a propuesta de la persona titular de la Dirección General competente en materia de salud pública, constituyendo un instrumento necesario para la gestión de las alertas en salud de alto impacto. Estará presidido por la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, y compuesto por órganos directivos y personal técnico de la Consejería con competencias en materia de salud, del Servicio Andaluz de Salud y de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, así como de personas expertas en materia de salud pública. Entre sus funciones, este Consejo adoptará medidas de salud pública urgentes como

respuesta inmediata a la situación de alerta de alto impacto, establecerá las instrucciones oportunas, localización, movilización y asignación de los recursos necesarios, tanto asistenciales como de salud pública y trasladará la información necesaria a las instituciones públicas y privadas que correspondan.

Dicho Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto se coordinará, en el caso de que se encuentren activados, con el Comité Director de Alertas y con el Comité de Coordinación Territorial previstos respectivamente en los artículos 29 y 35 del Decreto-ley 13/2020, de 18 de mayo, por el que se establecen medidas extraordinarias y urgentes relativas a establecimientos hoteleros, coordinación de alertas, impulso de la telematización, reactivación del sector cultural y flexibilización en diversos ámbitos ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19).

El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto es un órgano colegiado de carácter departamental, limitándose su actuación a supuestos de alarmas y emergencias sanitarias. Por su parte, el Comité Director de Alertas, creado por el Decreto-ley 13/2020, de 18 de mayo, tiene el carácter de interdepartamental, puesto que en su composición hay miembros de las Consejerías con competencias en las materias directamente afectadas por la situación de alerta. El Comité gestiona y coordina situaciones de alerta en cualquier ámbito, por tanto, su ámbito de actuación es más amplio que el de una alerta sanitaria. A mayor abundamiento, si se analizan las funciones de ambos órganos colegiados, se observa que el Comité tiene una visión más generalista y de coordinación entre varios departamentos de la Junta de Andalucía, así por ejemplo tiene la función de dirigir, planificar y evaluar las medidas impulsadas desde las diferentes Consejerías o la de integrar los planes de acción de diferentes Consejerías que deban coordinarse para garantizar una respuesta integral. Sin embargo en el Consejo, sus funciones se circunscriben al ámbito de la salud pública y tiene funciones como adaptar los protocolos y otros documentos existentes a la situación creada o la de adoptar medidas de salud pública urgentes como respuesta inmediata a la situación de alerta. En el caso como el actual, en que estamos ante una situación de alerta sanitaria, ambos órganos estarán perfectamente coordinados.

Con arreglo a lo expuesto, la creación del órgano colegiado previsto en el Capítulo II del presente decreto-ley, está justificada por la necesidad de que los mismos estén operativos a la mayor brevedad posible para que mediante este mecanismo de gestión de las alertas sanitarias se pueda hacer frente a los brotes y rebrotes que se están produciendo en la geografía de Andalucía.

Además, para alcanzar los objetivos recogidos en los Capítulos V y VI del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, se considera imprescindible, igualmente, proceder al desarrollo del modelo de gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía existente, integrando en dicho modelo las Unidades de Gestión de la Salud Pública. Actualmente, la organización de la Salud Pública, particularmente en la atención primaria en Andalucía, está enormemente atomizada y segregada, con gran dificultad en la ejecución de las directrices marcadas desde el órgano competente en materia de salud pública en Andalucía. Con la creación de estas Unidades se consigue una estructura más piramidal mediante la integración de todos los esfuerzos de vigilancia, promoción, prevención y protección para un mismo ámbito territorial, la coordinación de las actuaciones y la consolidación de la cartera de servicios de salud pública y las competencias de los profesionales expertos en salud pública. La Unidad de Gestión de Salud Pública, en adelante UGSP, será la responsable de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud pública que se desarrollen en atención primaria en todas las áreas de competencia del SAS y de la Consejería con competencias en materia de salud, y estará perfectamente cohesionada con el Área hospitalaria a través de los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública. Por ello, existirá una UGSP en cada Área de Gestión Sanitaria o en el Distrito de Atención Primaria en su caso. Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los hospitales quedarán vinculados a estas

UGSP mediante acuerdos de gestión anuales o a través de los contratos programas anuales.

El COVID-19 y la alerta sanitaria de la listeriosis en Andalucía del verano pasado han puesto de manifiesto la necesidad de establecer una organización de Salud Pública muy potente, con capacidad de prevención, de contención y coordinación que mejore las actuales estructuras organizativas en la atención primaria para que la respuesta sea lo más eficiente posible con objeto de seguir haciendo frente, detectando y controlando cualquier agente etiológico emergente o no emergente que pueda afectar a la salud de la población, desde la perspectiva de la Salud Pública, y todo ello con el alto nivel de coordinación que nos permite la gestión de las Salud Pública con este modelo de Unidades de Gestión de Salud Pública.

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, estableció en su artículo 18, el Servicio de Salud Pública, que sin embargo no se ha constituido formalmente en ningún Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria. Dicho decreto no creó la Unidad de Gestión Clínica de Salud Pública, lo que ahora se realiza mediante el presente decreto-ley, potenciando así la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. De esta forma se consigue dar lugar a una mayor homogeneización del modelo en todo el territorio.

El artículo 3 del referido decreto indica que los distritos de atención primaria constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia e investigación. Con la puesta en marcha de este decreto-ley se da respuesta por una parte, al mandato del Parlamento Andaluz que ya en el año 2007 manifestó la necesidad de dotar a la atención primaria de una estructura que aglutinara las acciones en Salud Pública en ese nivel de atención primaria y, por otro, el mandato del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, que nos impone un modelo de gestión de la salud pública con capacidad de reorganización, siendo el modelo de las Unidades de Gestión Clínica el que mejor responde a estas pretensiones, de tal forma que el grupo multidisciplinar de profesionales de las diferentes áreas de conocimiento trabajen conjuntamente de forma coordinada para acometer la cartera de servicio de salud pública, aunque con la diferencia de la necesidad actual de estar capacitado para una pronta respuesta así como un feed-back continuo con todo el Servicio Andaluz de Salud y con las autoridades competentes que puedan tomar decisiones ante una situación de emergencia como la que estamos viviendo.

Las medidas previstas en la presente norma se encuadran en la acción decidida del Gobierno de Andalucía para proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública, de tal manera que se pueda reducir la transmisión y controlar los brotes manteniendo la capacidad para ofrecer atención clínica de calidad y minimizar la mortalidad secundaria debida a otras causas mediante la prestación de los servicios sanitarios esenciales de forma continuada y en condiciones seguras. La urgencia se basa en la necesidad de no demorar la reorganización de los nueve modelos de unidades de gestión existentes actualmente relacionadas con la gestión y evaluación de la salud pública en un ámbito geográfico de Distrito de Atención Primaria o Área de Gestión Sanitaria donde la dependencia orgánica y funcional es exclusiva de la Dirección-Gerencia de ese centro sanitario, con un menoscabo importante a las posibilidades del desarrollo de las correspondientes carteras de servicios. Es fundamental acometer cambios organizativos para pasar de una organización transversal a una organización piramidal gracias a la dependencia orgánica del Distrito de Atención Primaria o del Área de Gestión Sanitaria en su caso,

y funcionalmente del órgano competente en materia de salud pública. Por ello, la extraordinaria y urgente necesidad queda justificada en la perentoriedad de habilitar los instrumentos organizativos y reorganizativos de la salud pública en Andalucía que permitan, de forma inmediata, la creación y el mantenimiento de una estructura sólida, coordinada, eficiente, con capacidad de adaptarse a cada circunstancia, con capacidad de prevención, de contención y coordinación que mejore las actuales estructuras atomizadas, e integrada de forma coherente en el Servicio Andaluz de Salud, al objeto de dar respuesta urgente a cualquier incidente.

La modificación normativa propuesta es totalmente necesaria hacerla de forma inmediata y sin demora alguna, por tratarse de una situación fuera de lo común, de imposible o muy difícil previsión y, grave.

Por otra parte, el vigente Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud, en adelante SAS, aprobado por la Resolución de 9 de noviembre de 2004 de la Dirección Gerencia del SAS y modificado posteriormente por sendas Resoluciones de la Dirección Gerencia del SAS de 2 de diciembre de 2010, 11 de abril de 2014, 14 de noviembre 2018 y 11 de marzo de 2019, establece un total de noventa Zonas Básicas de Salud que cumplen los criterios objetivos para definir puestos de difícil cobertura, fundamentalmente en el entorno rural, y se propone mejorar el atractivo de dichos puestos en el ámbito de la Atención Primaria, diseñando fórmulas innovadoras que potencien su cobertura a través de un mejor reconocimiento de los servicios prestados en ellos, así como arbitrando actuaciones sobre los modelos de selección y sobre la formación, investigación o carrera profesional, incluyendo la prolongación del servicio activo a modo parcial, si así se solicitase. Dicho Plan recogía una definición de zonas y especialidades de difícil cobertura de tal forma que ante la necesidad de cubrir un puesto vacante en un centro sanitario éste se pueda cubrir por los mecanismos legalmente establecidos, es decir los listados de demandantes de empleo existentes en la Bolsa de empleo temporal o las convocatorias específicas que, al amparo de dicha norma se puedan efectuar ante la falta de candidatos en dichos listados.

El SAS ha realizado un análisis en los centros hospitalarios para determinar cuáles son los puestos de difícil cobertura, que cuentan con déficit de profesionales sanitarios en determinadas categorías y en su caso, especialidades, determinándose que fundamentalmente las categorías profesionales de Facultativos Especialistas de Área, Médicos de Familia y Pediatras de Atención Primaria ofrecen especiales dificultades en algunas zonas ya que, a una oferta de profesionales reducida, se unen dificultades de accesibilidad o necesidades de cambio de domicilio, lo que se concreta en un menor atractivo de dichos puestos para los escasos profesionales disponibles.

Para paliar esta situación y afrontar la difícil cobertura de estos puestos de forma continuada y estable se hace de vital importancia adoptar una serie de medidas con carácter urgente y extraordinario, de diversa índole y naturaleza, que contribuyan y faciliten la contratación de profesionales en esos puestos, constituyendo una de ellas la urgente necesidad de agilizar los procesos selectivos, para lo cual se podrá disponer del personal emérito del SAS, integrando los tribunales que juzguen las ofertas de empleo público, lo que facilitará la profesionalización de los mismos, a la vez que permitirá disponer de personal muy cualificado y de reconocido prestigio, con dedicación permanente a estas tareas.

La urgencia en la adopción de estas medidas obedece, de un lado, a la situación actual en que el número de brotes activos o en fase de investigación epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía apuntan hacia una tendencia al alza, haciendo temer que se puedan alcanzar niveles similares a los que propiciaron la declaración del estado de alarma en el pasado mes de marzo, y, de otro, a la imperiosa necesidad de que la totalidad de los puestos de trabajo del Servicio Andaluz de Salud se encuentren cubiertos, con independencia de la zona geográfica donde se desarrolle la prestación asistencial, para que, llegado el caso, las consecuencias de un posible avance generalizado

de COVID-19 puedan afrontarse con mayores garantías de control y asistencia a la población sin necesidad de forzar desplazamientos de los afectados fuera de su área sanitaria habitual. Si no se favoreciera la cobertura en las zonas y puestos objeto de este Decreto-ley, provocaríamos concentraciones, en absoluto aconsejables desde el prisma de la salud pública, en centros sanitarios de zonas limítrofes o de referencia, agravando si cabe, la saturación ya de por sí esperable, fundamentalmente en los grandes centros hospitalarios.

Si bien estamos ante un problema estructural, no por ello se pueden obviar las circunstancias extraordinarias y de extrema gravedad en las que estamos inmersos, como reflejan las estadísticas de contagios, hospitalizaciones, necesidades de camas y respiradores en UCIs y, como consecuencia, las excepcionalmente elevadas cifras de mortalidad que han acontecido durante el pasado Estado de Alarma, los cuales pueden reproducirse con notable probabilidad incluso en circunstancias de mayor incidencia. Por todo ello, la Administración Pública de Andalucía está inexcusablemente obligada a actuar con diligencia y previsión suficiente para dotar al sistema de los recursos necesarios orientados a prevenir y mitigar el impacto de un rebrote generalizado de la actual pandemia.

Es fundamental tener en cuenta que la organización de los servicios sanitarios tiene que dar respuesta al objetivo de garantizar una adecuada y correcta asistencia sanitaria a la población, en aras a hacer efectivo ese derecho constitucional a la protección de la salud, siendo responsabilidad de la Administración Sanitaria determinar los criterios de planificación y ordenación territorial de los recursos humanos, para asegurar la adecuada dotación de los mismos. A tales efectos el acceso de los profesionales a los puestos de difícil cobertura ha de hacerse atractivo y, en este sentido, han de acudir a todas las soluciones que de manera concurrente pueden conseguir el objetivo de que dichos puestos sean no sólo cubiertos por profesionales, sino que además los mismos encuentren en ellas su máximo desarrollo profesional, en condiciones de igualdad efectiva con respecto a aquellos otros profesionales que desarrollan sus funciones en zonas y puestos en principio más demandados.

Las circunstancias extraordinarias y de extrema gravedad en las que estamos inmersos como consecuencia de la pandemia generada por el COVID-19 afecta a la necesidad de contar con recursos humanos suficientes para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Sin duda la pandemia generada por el COVID-19 afectará a la disponibilidad y distribución de profesionales en el mercado laboral. Estas circunstancias unidas a las dificultades existentes a la hora de dar cobertura de atención sanitaria a ciertas plazas que no son atractivas para los profesionales exige afrontar con urgencia medidas que permitan de forma ágil la identificación concreta de los puestos, categorías profesionales, especialidades y centros que, en cada momento, tengan la consideración de «difícil cobertura» y establezca las medidas que promuevan el acceso y permanencia en puestos de difícil cobertura, de forma que se mejore la captación de nuevos profesionales y que, ante un incremento generalizado de la demanda de profesionales, fidelice a los que ocupan actualmente estos puestos en zonas rurales o remotas.

Ello exige indagar en fórmulas innovadoras para potenciar la cobertura de estos puestos, ya que el Plan de Ordenación de Recursos Humanos ha sido insuficiente para cubrirlos, por ello habrá que premiar la labor de los profesionales sanitarios que elijan trabajar en los mismos, habrá que actuar sobre los modelos de selección, temporal y definitiva, sobre el reconocimiento de la actividad y sobre el papel de la formación e investigación como instrumentos de articulación entre las distintas zonas asistenciales.

Las medidas que promuevan el acceso y permanencia en puestos de difícil cobertura se desarrollan en la Disposición Adicional primera, concretándose medidas que incentivan dicho atractivo mediante el incremento del peso de la experiencia adquirida en estos puestos en los baremos selectivos, valorando en los procesos de movilidad la

permanencia en los mismos, garantizando programas específicos de apoyo a la formación y al desarrollo profesional, al acceso a la carrera profesional y a las mejoras retributivas. Al tratarse de materias que de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público han de ser objeto de negociación, la aplicación concreta de estas medidas precisará del cumplimiento de las previsiones establecidas en dicha norma, pero ello no convierte a estas medidas en declaraciones programáticas, sino en disposiciones exigibles que han de ser desarrolladas en los ámbitos de negociación previstos.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, contempla en su artículo 12.1 que la planificación de los recursos humanos en los servicios de salud estará orientada a su adecuado dimensionamiento y distribución en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.

El artículo 43 de la Ley de 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, establece que el Sistema Sanitario Público de Andalucía es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención sanitaria.

Por su parte, el artículo 46 de dicho texto legal, determina que la dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del Sistema Sanitario Público de Andalucía corresponden a la Consejería competente en materia de salud, quien garantizará la integración y la coordinación del mismo en orden a posibilitar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones bajo los principios de aseguramiento único y financiación pública.

La conjunción de los preceptos legales anteriormente citados, unido a la diversa naturaleza de las medidas de incentivación contenidas en este decreto-ley para la ocupación de las zonas y puestos de difícil cobertura, aconsejan que se residencie en la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud a propuesta de la persona titular de la Dirección General competente en materia de personal del Servicio Andaluz de Salud, la declaración de cuáles sean las zonas y puestos de difícil cobertura, cuya determinación igualmente será objeto de una revisión periódica, al menos, cada dos años.

III

Mediante Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Para contener la progresión de la enfermedad, el citado Real Decreto, estableció importantes limitaciones a la libertad de circulación de las personas y otras medidas temporales de carácter extraordinario.

En materia de transporte público de viajeros, el artículo 14.2 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, habilitó a las autoridades autonómicas para establecer porcentajes de reducción de los servicios teniendo en cuenta la necesidad de garantizar que la ciudadanía pudiera acceder a sus puestos de trabajo y a los servicios básicos, en caso necesario y asimismo estableció que los operadores de servicios de transporte de viajeros quedaran obligados a realizar una limpieza diaria de los vehículos de transporte y a tomar las medidas necesarias para procurar la máxima separación posible entre las personas usuarias.

La situación extraordinaria generada por la evolución del COVID-19 ha llevado igualmente a la Junta de Andalucía a la adopción de diversas medidas de carácter extraordinario y urgente. Para ello, de conformidad con el mencionado artículo 14.2 del

Real Decreto 463/2020 de 14 de marzo, mediante las Órdenes de 13 de marzo, de 14 de marzo y de 28 de marzo de 2020, de la Consejería de Salud y Familias, se adoptaron medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19), estableciendo los porcentajes y los criterios para la reducción de la oferta de los servicios públicos de transporte regular de viajeros de uso general por carretera, en función de la evolución de la situación sanitaria y de la demanda de servicios, así como restricciones a la ocupación de los vehículos.

Las Órdenes de 13 y 14 de marzo establecen una reducción de hasta un 50% en el servicio interprovincial, hasta el 40% en el servicio provincial, y hasta el 30% en los intervalos de hora punta en el ámbito metropolitano (7:00-9:00; 13:30-15:30; 19:00-21:00) y hasta el 75% en hora valle, festivos y fines de semana. Así como una ocupación máxima de los vehículos del 50%, siendo de aplicación efectiva la de 1/3 establecida por el Gobierno central en la Orden TMA 254/2020.

La Orden de 28 de marzo de 2020 impone una reducción de hasta un 70% en el servicio interprovincial y servicio provincial, mientras que en el ámbito metropolitano se establece una reducción de hasta el 50% en los tres intervalos de garantía de transporte (7:00-9:00 h, 13:30 a 15:30 y 19:00 a 21:00 h), y hasta el 100% en el resto de intervalos, pero manteniéndose los servicios que se aprobaron tras la aplicación de la orden del 14 de marzo para aquellas líneas que cubran servicios hospitalarios.

Mediante las órdenes TMA 273/2020, de 23 de marzo, TMA 306/2020, de 30 de marzo se dictan instrucciones sobre la reducción de los servicios y la Orden TMA/254/2020, de 18 de marzo, por la que se dictan instrucciones en materia de transporte por carretera y aéreo, reguló la obligatoriedad de una ocupación máxima de 1/3 en los vehículos, que se ha impuesto al ser la más restrictiva.

Posteriormente, la Orden TMA 384/2020, de 3 de mayo, por la que se dictan instrucciones sobre la utilización de mascarillas en los distintos medios de transporte y se fijan requisitos para garantizar una movilidad segura conforme con el plan para la transición hacia una nueva normalidad, ha establecido la ampliación de la capacidad de los vehículos de transporte colectivo del 50% en plazas sentadas y 2 viajeros/m² en las plazas de pie.

Finalizado el estado de alarma, mediante Orden de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud y Familias, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad Autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), una vez superado el estado de alarma, se han aprobado medidas en materia de transporte público de viajeros por carretera, estableciendo unos niveles de oferta mínima en los servicios, así como limitaciones de la ocupación máxima y obligaciones de limpieza y desinfección diaria.

Todo esto ha supuesto un ajuste de la oferta en la que se ha mantenido un importante volumen de servicios en horas punta, necesarios para la movilidad obligada de las personas trabajadoras, y una importante reducción en el resto de intervalos.

Como consecuencia de todas las limitaciones establecidas a la circulación de las personas durante el estado de alarma, los servicios de transporte público regular de viajeros de uso general por carretera se han venido prestando con grandes caídas de la demanda, llegando en algunos servicios hasta el 95%.

Las condiciones de prestación de los servicios durante el estado de alarma han sufrido importantes modificaciones, conllevando un incremento extraordinario del déficit de explotación de dichos servicios que justifica el reequilibrio económico mediante una compensación económica extraordinaria de los contratos de concesión de servicios de transporte público regular de viajeros de uso general. Dicha compensación económica se establece como consecuencia de la reducción extraordinaria de ingresos por la disminución de la demanda ante las limitaciones establecidas a la movilidad y las restricciones impuestas respecto a la ocupación de los vehículos para procurar una debida

separación entre personas usuarias, así como el incremento de los costes soportados por la empresa concesionaria derivados de desinfección diaria de los vehículos.

Ante esta situación, el Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19 establece en su artículo 34.4 que los contratos públicos de concesión de obras y de concesión de servicios vigentes a la entrada en vigor de este real decreto-ley, celebrados por las entidades pertenecientes al Sector Público en el sentido definido en el artículo 3 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, la situación de hecho creada por el COVID-19 y las medidas adoptadas por el Estado, las comunidades autónomas o la Administración local para combatirlo darán derecho al concesionario al restablecimiento del equilibrio económico del contrato mediante, según proceda en cada caso, la ampliación de su duración inicial hasta un máximo de un 15% o mediante la modificación de las cláusulas de contenido económico incluidas en el contrato.

Dicho reequilibrio en todo caso compensará a los concesionarios por la pérdida de ingresos y el incremento de los costes soportados, entre los que se considerarán los posibles gastos adicionales salariales que efectivamente hubieran abonado, respecto a los previstos en la ejecución ordinaria del contrato de concesión de obras o de servicios durante el período de duración de la situación de hecho creada por el COVID-19. Solo se procederá a dicha compensación previa solicitud y acreditación fehaciente de la realidad, efectividad e importe por el contratista de dichos gastos.

La aplicación de lo dispuesto en este apartado solo procederá cuando el órgano de contratación, a instancia del contratista, hubiera apreciado la imposibilidad de ejecución del contrato como consecuencia de la situación descrita en su primer párrafo y únicamente respecto de la parte del contrato afectada por dicha imposibilidad.

Recientemente el Real Decreto-ley 26/2020, de 7 de julio, de medidas de reactivación económica para hacer frente al impacto del COVID-19 en los ámbitos de transportes y vivienda, concreta en su artículo 24 el procedimiento para el reequilibrio económico de los contratos de gestión de servicios públicos de transporte regular de viajeros por carretera de uso general para paliar las consecuencias del COVID-19, señalando en su apartado 1 que a los efectos del artículo 34.4 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, los contratos de gestión de servicios públicos de transporte regular de viajeros por carretera de uso general de titularidad de la Administración General del Estado podrán ser reequilibrados económicamente por la situación de hecho creada por el COVID-19 y las medidas adoptadas por el Estado para combatirlo, única y exclusivamente en los términos establecidos en este artículo. En ningún caso ese derecho podrá fundarse en las normas generales sobre daños por fuerza mayor o sobre restablecimiento del equilibrio económico que, en su caso, pudieran ser aplicables al contrato.

El Real Decreto-ley 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19 y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento, autoriza un crédito extraordinario a las comunidades autónomas con cargo al mismo por importe de 272 millones de euros para los servicios regulares permanentes de uso general de viajeros interurbanos por carretera, dentro de su ámbito competencial.

No obstante, de acuerdo con el artículo 3.6 del citado real decreto-ley, el reparto territorial efectivo del importe se realizará tras la publicación de la correspondiente Orden Ministerial de la persona titular del Ministerio de Hacienda en el mes de diciembre de 2020.

La situación del sector, con numerosas pérdidas acumuladas, podría dar lugar al abandono por parte de muchos concesionarios de este servicio básico que es el transporte regular de viajeros por carretera.

Conforme al artículo 64.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre transportes terrestres de personas y mercancías por carretera, ferrocarril, cable o cualquier otro medio cuyo itinerario se

desarrolle íntegramente en territorio andaluz, con independencia de la titularidad de la infraestructura sobre la que se desarrolle.

En consecuencia, se considera de imperiosa necesidad implementar el paquete de medidas que se contienen en el Capítulo III de este decreto-ley al objeto de dotar de financiación y de liquidez a las concesiones para garantizar el mantenimiento del servicio público de transporte regular de uso general, acordando el anticipo del crédito extraordinario contemplado en el Real Decreto-ley 22/2020, de 16 de junio.

I V

La regulación del decreto-ley en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía se contempla en el artículo 110 del Estatuto de Autonomía, que establece que, en caso de extraordinaria y urgente necesidad, el Consejo de Gobierno podrá dictar medidas legislativas provisionales en forma de decretos-leyes, que no podrán afectar a los derechos establecidos en este Estatuto, al régimen electoral, ni a las instituciones de la Junta de Andalucía. No podrán aprobarse por decreto-ley los presupuestos de Andalucía.

La situación provocada por la declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional genera la concurrencia de motivos de salud pública que determinan la necesidad de adoptar las medidas precisas para prevenir y paliar el impacto de la situación generada por la epidemia del COVID-19 en los diversos ámbitos en los que se plantean, así como para articular medidas que eviten las consecuencias de los distintos rebrotes que se están produciendo a lo largo de todo el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía e, incluso, las derivadas de una probable segunda oleada de la pandemia por COVID-19 en el próximo otoño.

Dado que la situación provocada por el coronavirus COVID-19 obliga a actuar a la Administración de la Junta de Andalucía de una forma inmediata, se considera imprescindible, mediante el presente decreto-ley, adoptar las medidas normativas necesarias para, entre otros, mejorar el Sistema de Vigilancia en Salud y el Sistema Integral de Alerta en Salud Pública, activar de manera inmediata mecanismos de gestión de alertas de alto impacto mediante la creación y regulación de órganos colegiados, afrontar la cobertura de las zonas y puestos de difícil cobertura así como la creación de las Unidades de Gestión de la Salud Pública y agilizar los sistemas de selección y provisión del personal mediante la participación del personal emérito en Tribunales. En definitiva, la situación epidemiológica actual del coronavirus (COVID-19) en Andalucía, su impacto económico y su evolución probable próxima justifican una acción normativa inmediata en los ámbitos descritos en los apartados precedentes.

Así mismo, la compensación económica extraordinaria que se establece en el ámbito de los contratos de concesión de servicios de transporte público regular de viajeros de uso general, responde a una situación de reducción extraordinaria de ingresos y de incremento de los costes soportados por la empresa concesionaria, que de no adoptarse de forma inmediata, perdería su eficacia para lograr el reequilibrio económico a cuya consecución se dirigen.

La extraordinaria y urgente necesidad de aprobar este decreto-ley se inscribe en el juicio político o de oportunidad que corresponde al Gobierno (STC 61/2018, de 7 de junio, FJ 4; 142/2014, de 11 de septiembre, FJ 3) y esta decisión, sin duda, supone una ordenación de prioridades políticas de actuación (STC, de 30 de enero de 2019, Recurso de Inconstitucionalidad núm. 2208-2019), centradas en el cumplimiento de la seguridad jurídica y la salud pública. Los motivos de oportunidad que acaban de exponerse demuestran que, en ningún caso, el presente decreto-ley constituye un supuesto de uso abusivo o arbitrario de este instrumento constitucional (STC 61/2018, de 7 de junio, FJ 4; 100/2012, de 8 de mayo, FJ 8; 237/2012, de 13 de diciembre, FJ 4; 39/2013, de 14 de febrero, FJ 5). Al contrario, todas las razones expuestas justifican amplia y razonadamente

la adopción de la presente norma (STC 29/1982, de 31 de mayo, FJ 3; 111/1983, de 2 de diciembre, FJ 5; 182/1997, de 20 de octubre, FJ 3).

En consonancia con lo expuesto, se puede asegurar que existe una conexión directa entre la urgencia definida y la medida concreta adoptada para subvenir a ella, teniendo en cuenta que los ámbitos a los que afectan las mismas requieren de una intervención inmediata. Estas medidas que se adoptan no podrían abordarse mediante tramitación ordinaria o parlamentaria de urgencia, teniendo en cuenta por un lado, las materias a las que afectan, y por otro lado, el número de brotes activos, o en fase de investigación epidemiológica actualmente existentes, con una clara tendencia al alza en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Estas mismas razones que determinan la urgente necesidad son las que conducen a que el presente instrumento normativo se erija en el instrumento del que dispone este Gobierno para dar respuesta, en tiempo, a una situación que requiere de una actuación inmediata, dando con ello cumplimiento a los principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia, y eficiencia, tal y como exige la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Además, debe tenerse en cuenta la doctrina del Tribunal Constitucional contenida en su más reciente sentencia 139/2016 de 21 julio (dictada con ocasión de la impugnación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y otras anteriores como la 31/2011, de 17 de marzo, la 137/2011, de 14 de septiembre, y la 100/2012, de 8 de mayo), referida a la admisibilidad de las situaciones estructurales como motivo de un decreto-ley. Conforme a esta doctrina se puede considerar que, generalmente, dicho Tribunal ha venido admitiendo el uso del decreto-ley en situaciones denominadas como «coyunturas económicas problemáticas», al considerar que en dicho contexto y para cuyo tratamiento, dicho instrumento normativo se configura como un instrumento constitucionalmente lícito, en tanto que pertinente y adecuado para la consecución del fin que justifica la legislación de urgencia, que no es otro que subvenir a «situaciones concretas de los objetivos gubernamentales que por razones difíciles de prever requieran una acción normativa inmediata en un plazo más breve que el requerido por la vía normal o por el procedimiento de urgencia para la tramitación parlamentaria de las leyes». Así pues, en la medida en que la regulación del presente decreto-ley atiende a dicho propósito adoptando las medidas en cada uno de los ámbitos, procede la utilización del instrumento del decreto-ley ante la existencia de una grave y relevante situación de carácter sanitario, sin precedentes, resultando imprescindible la adopción inmediata de las reformas que se proponen y que por ello resulta necesario actuar a fin de corregir dicha situación e impedir que la misma se agrave, haciéndose frente tanto la situación de extraordinaria y urgente necesidad como la necesidad misma de adoptar de manera inmediata las concretas medidas para corregirla.

Por todo ello, se considera que concurren los presupuestos necesarios de extraordinaria y urgente necesidad requeridos en el artículo 110 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, que habilitan para la adopción de estas medidas mediante decreto-ley.

A estos efectos se pone de manifiesto el cumplimiento de los principios de necesidad y eficacia en el interés general en el que se fundamentan las medidas que se establecen, siendo el decreto-ley no sólo el instrumento más adecuado sino el único que puede garantizar su consecución y eficacia, en el contexto de situación de pandemia en que nos encontramos.

Del mismo modo, este decreto-ley es proporcional al regular los aspectos imprescindibles para conseguir su objetivo, ajustando cada una de las medidas a la situación actual en que las mismas deben operar, teniendo en cuenta que deberán permanecer al no haberse declarado el final de la pandemia y previendo la posibilidad de futuras crisis sanitarias. Igualmente, se ajusta al principio de seguridad jurídica, siendo

coherente con el resto del ordenamiento jurídico, evitando la petrificación del mismo en un estado que requiere de una adaptación constante de la normativa.

En cuanto al principio de transparencia, la norma está exenta de los trámites de consulta pública, audiencia e información pública, que no son aplicables a la tramitación y aprobación de decretos-leyes, sin perjuicio de la debida publicidad que se dará al mismo no sólo a través de los boletines oficiales, sino también mediante su publicación en el Portal de Transparencia de la Junta de Andalucía, dando así con ello cumplimiento a la obligación dispuesta en el artículo 13.2 de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía. En relación con el principio de eficiencia, se considera cumplido teniendo en cuenta la propia naturaleza de las disposiciones adoptadas este decreto-ley.

Debe señalarse también que este decreto-ley no afecta al ordenamiento de las instituciones básicas del Estado, a los derechos, deberes y libertades de los ciudadanos regulados en el Título I de la Constitución, al régimen electoral, ni a las instituciones de la Junta de Andalucía.

Por todo ello, en ejercicio de la facultad conferida por el artículo 110 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud y Familias y de la Consejera de Fomento, Infraestructuras y Ordenación del Territorio, de conformidad con lo previsto en el artículo 27.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión celebrada el 1 de septiembre de 2020,

D I S P O N G O

CAPÍTULO I

EL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD Y EL SISTEMA INTEGRAL DE ALERTA EN SALUD PÚBLICA

Artículo 1. Modificación del artículo 62 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Se modifica el artículo 62 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 62. Sistema de Vigilancia en Salud.

1. La Consejería competente en materia de salud dispone de un Sistema de Vigilancia en Salud definido como estructura orgánica y funcional, basado en la detección, intervención y seguimiento de los problemas y de los determinantes de la salud de la población, mediante la recogida sistemática de datos, la integración y análisis de los mismos, y la utilización y difusión oportuna de esta información, para desarrollar y evaluar las actuaciones orientadas a proteger o mejorar la salud colectiva.

2. Las funciones del Sistema de Vigilancia en Salud serán:

a) Conocer la epidemiología de los principales problemas de salud y sus determinantes.

b) Identificar desigualdades en salud de origen geográfico, de género, ocasionadas por la accesibilidad o la utilización de servicios de salud, por la exposición a riesgos para la salud o derivadas del hecho migratorio.

c) Incorporar y analizar la información sobre los efectos de los riesgos ambientales, alimentarios, originados por medicamentos y productos sanitarios, laborales o de otro tipo sobre la salud de la población.

d) Detectar e intervenir precozmente ante situaciones epidémicas o de riesgo con impacto sobre la salud de la población.

e) Contribuir a la planificación de los servicios de salud en los distintos niveles de la estructura sanitaria.

f) Facilitar la evaluación de las intervenciones en salud pública en los distintos niveles de la estructura sanitaria.

3. El órgano competente en materia de salud pública de la Consejería competente en materia de salud será el responsable de elaborar planes y programas de vigilancia en el ámbito de las enfermedades transmisibles y de las no transmisibles a personas. En su elaboración deben priorizarse problemas de especial relevancia para la salud pública que causen brotes epidémicos o que sean prevenibles, y aquellos que se aborden en los planes y programas de la Consejería.

4. El órgano competente en salud pública es el responsable de realizar estudios epidemiológicos puntuales y específicos orientados a conocer los riesgos y el estado de salud de la población y la evaluación del impacto de las intervenciones en salud pública.

5. Las Administraciones públicas de Andalucía desarrollarán y reforzarán la capacidad necesaria para responder con prontitud y eficacia, en la investigación y control de los riesgos, a las emergencias en salud pública.

6. El Sistema de Vigilancia en Salud actuará coordinadamente con otros sistemas de vigilancia existentes en el ámbito de la salud pública nacionales o internacionales y de otras administraciones.

7. Todos los centros y profesionales sanitarios, tanto públicos como privados, con independencia de su finalidad, forman parte funcionalmente del Sistema de Vigilancia en Salud aportando la información necesaria para la vigilancia en salud de la población.

8. El Sistema de Vigilancia en Salud se estructura, orgánicamente, en dos niveles organizativos dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

a) Nivel integrado por el órgano competente en materia de salud pública y Delegaciones Territoriales o, en su caso, Provinciales de la Consejería con competencia en materia de salud.

b) Nivel integrado por las Áreas de Gestión Sanitaria, Distritos de Atención Primaria y Hospitales.

9. El Sistema de Vigilancia en Salud dispone de una red de profesionales de salud pública en el campo de acción o área profesional de la epidemiología, adscrita a los distintos niveles organizativos y dedicada específicamente a la vigilancia de la salud de la población.

10. En las Áreas de Gestión Sanitaria, Distritos de Atención Primaria y Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, los profesionales de salud pública dedicados a la vigilancia de la salud de la población se adscriben a las Unidades de Gestión Clínica de Salud Pública o a los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública según corresponda.

11. La red de profesionales de salud pública dedicados a la vigilancia de la salud de la población dependerá funcionalmente de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

12. El Sistema de Vigilancia en Salud dispondrá de redes de vigilancia centinela en salud pública, compuesta por profesionales, laboratorios o centros sanitarios, que aportarán información complementaria para la mejora de la calidad de la vigilancia de la salud de la población en aquellos problemas de salud que se determinen.»

Artículo 2. Modificación del artículo 66 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Se modifica el artículo 66 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 66. Sistema Integral de Alerta en Salud Pública.

1. Se establece en la Consejería con competencias en materia de salud el Sistema Integral de Alerta en Salud Pública con el fin de detectar y coordinar la respuesta ante alertas y emergencias sanitarias, que impliquen una amenaza real o potencial para la salud de la población en Andalucía, o que puedan tener repercusión a nivel nacional o internacional, así como en los casos de alarma social provocada por la difusión de noticias relacionadas con la salud pública o con la prestación de servicios sanitarios.

2. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública desarrollará los siguientes objetivos:

a) Evaluar rápidamente el riesgo para la salud pública de estas situaciones de alertas y emergencias sanitarias.

b) Identificar y notificar aquellas situaciones de alertas y emergencias sanitarias clasificadas de riesgo para la salud pública.

c) Proporcionar el apoyo logístico y coordinar los medios operativos para la respuesta en las situaciones de alerta y emergencia que puedan afectar a la salud de la población.

d) Realizar el seguimiento de estas situaciones de alertas y emergencias sanitarias y la evaluación de las acciones de respuestas llevadas a cabo para el control de las mismas.

e) Coordinar las informaciones y las comunicaciones en relación con las alertas, emergencias y situaciones de alto impacto para la salud.

f) Servir de apoyo al plan de respuesta de salud pública para alertas por riesgos extraordinarios de cualquier ámbito.

g) Integrar en una única red de profesionales de salud pública la detección de riesgos, la planificación y preparación de respuestas y el desarrollo de las intervenciones en salud pública así como su coordinación.

3. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública actuará coordinadamente con otros sistemas de alertas existentes en el ámbito de salud pública nacionales o internacionales y de otras administraciones.

4. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública establecerá los mecanismos para informar y comunicar el riesgo a la ciudadanía, con especial atención a los consumidores y usuarios, a las empresas implicadas, a la comunidad científica y académica y demás partes interesadas.

5. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública se estructura en los siguientes niveles organizativos dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

a) Nivel integrado por el órgano competente en materia de salud pública y Delegaciones Territoriales o, en su caso, Provinciales de la Consejería competente en materia de salud.

b) Nivel integrado por los Distritos de Atención Primaria, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria.

6. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública dispone de una red de profesionales de salud pública dedicados específicamente a la detección y a la intervención u organización de la intervención en las alertas de salud pública durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

7. La red de profesionales de salud pública que actuará ante una alerta de salud pública dependerá funcionalmente de la autoridad sanitaria en materia de salud pública.

8. Los profesionales de la red tendrán la consideración de agentes de la autoridad sanitaria en la intervención u organización de la intervención en las alertas de salud pública.

9. La coordinación de la intervención en las alertas de salud pública se establecerá en función del ámbito territorial y tipo de alerta.

10. La coordinación de la intervención en las alertas de salud pública con afectación humana dependerá de los profesionales de vigilancia en salud del área de conocimiento

de la epidemiología o de la medicina preventiva y salud pública, según el ámbito de la alerta.

11. Para llevar a cabo las actuaciones oportunas esta red de profesionales se apoyará en los servicios de las unidades asistenciales y de emergencias sanitarias, protección, promoción, salud laboral y aquellos que se consideren necesarios y proporcionados para el control de las alertas.

12. El Sistema Integral de Alerta en Salud Pública contará con el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto como órgano colegiado, de naturaleza decisoria y de participación administrativa, adscrito a la Consejería con competencias en materia de salud, para la gestión y coordinación de situaciones de alerta de salud pública en Andalucía y el impulso de las actuaciones conjuntas que se desarrollen con el objeto de hacer frente a las mismas. Este Consejo se convocará en aquellas situaciones que determine la persona titular de la Consejería competente en materia de salud, a propuesta de quien ostente la titularidad del órgano competente en materia de salud pública. En la norma de creación de este Consejo se determinarán los requisitos exigidos por la normativa vigente en materia de órganos colegiados.»

CAPÍTULO II

MECANISMOS PARA LA GESTIÓN DE ALERTAS EN SALUD PÚBLICA

Sección 1.ª El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto

Artículo 3. Creación del Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto.

1. Se crea el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto como órgano colegiado, de naturaleza decisoria y de participación administrativa, adscrito a la Consejería con competencias en materia de salud y dependiente orgánicamente de la persona titular de la misma, para la gestión y coordinación de situaciones de alerta de alto impacto de salud pública en Andalucía y el impulso de las actuaciones conjuntas que se desarrollen con el objeto de hacer frente a las mismas.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 2.2 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, a los efectos de esta sección, se considerará situación de alerta cualquier evento que pueda producir un riesgo o una amenaza real o potencial para la salud de la población en Andalucía, o que pueda tener repercusión a nivel nacional o internacional, así como en los casos de alarma social provocada por la difusión de noticias relacionadas con la salud pública o con la prestación de servicios sanitarios.

3. La convocatoria para reunirse el Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto se efectuará por la persona titular de su Presidencia, a propuesta de quien ostente la titularidad de su Vicepresidencia segunda.

4. El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto se coordinará, en su caso, con el Comité Director de Alertas y con el Comité de Coordinación Territorial previstos respectivamente en los artículos 29 y 35 del Decreto-ley 13/2020, de 18 de mayo, por el que se establecen medidas extraordinarias y urgentes relativas a establecimientos hoteleros, coordinación de alertas, impulso de la telematización, reactivación del sector cultural y flexibilización en diversos ámbitos ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19).

Artículo 4. Composición.

1. El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto tendrá la siguiente composición:

a) Presidencia: La persona titular de la Consejería competente en materia de salud.

b) Vicepresidencia primera: La persona titular de la Viceconsejería con competencias en materia de salud.

c) Vicepresidencia segunda: La persona titular de la Dirección General con competencias en materia de salud pública.

d) Vicepresidencia tercera: La persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

e) Vocalías: Al menos ocho personas, que designará la Presidencia del Consejo en función de las diferentes áreas implicadas conforme a la naturaleza de la concreta alerta de salud pública. Entre las vocalías serán designadas las siguientes personas:

- 1.º La persona titular de la Dirección Gerencia de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
- 2.º Una persona, con rango al menos de jefatura de servicio, con funciones en materia de investigación epidemiológica de la Dirección General competente en materia de salud pública.
- 3.º Una persona, con rango al menos de director de unidad o cargo intermedio, con funciones en materia de coordinación de la respuesta asistencial en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- 4.º Una persona, con rango al menos de jefatura de servicio, con funciones en materia de protección de la salud de la Dirección General competente en materia de salud pública.
- 5.º Una persona en representación de cada Delegación Territorial o Provincial afectada.
- 6.º Las restantes vocalías serán designadas por la persona que ostenta la Presidencia entre personas de reconocido prestigio en materia de salud pública con experiencia científico-técnica en relación con la vigilancia epidemiológica en Andalucía y representantes de sociedades o instituciones científicas relacionadas con la salud pública, estos últimos a propuesta de las sociedades e instituciones científicas.

f) Secretaría: Ejercerá las funciones de Secretaría, con voz y sin voto, una persona, con rango al menos de jefatura de servicio, de la Dirección General competente en materia de salud pública, designada por la Presidencia del Consejo. En el supuesto de vacante, ausencia o enfermedad, esta persona será sustituida por otra adscrita al mismo órgano directivo y con la misma cualificación y requisitos que su titular.

2. En la composición del Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto deberá respetarse la representación equilibrada de mujeres y hombres en los términos previstos en el apartado 2 del artículo 11 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, incluyendo en el cómputo a aquellas personas que formen parte de los mismos en función del cargo específico que desempeñen. Este mismo criterio de representación se observará en la modificación o renovación del Consejo.

3. En los supuestos de vacante, ausencia o enfermedad, las personas integrantes del Consejo serán sustituidas mediante nueva designación por parte de la Presidencia del Consejo.

Artículo 5. Funciones.

El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto tendrá las siguientes funciones:

a) Gestionar la respuesta en las alertas de salud pública de alto impacto para la salud en Andalucía.

b) Adaptar los protocolos y otros documentos existentes a la situación creada.

c) Definir la población expuesta y la población susceptible, determinar la posible extensión y efectos de la alerta, y apoyar la investigación epidemiológica que conduzca a identificar las causas.

d) Reforzar los circuitos de información a la autoridad competente en materia de salud pública.

- e) Establecer la custodia de las muestras, ya sean biológicas, ambientales, o de cualquier otro tipo.
- f) Adoptar medidas de salud pública urgentes como respuesta inmediata a la situación de alerta.
- g) Establecer las instrucciones oportunas, localización, movilización y asignación de los recursos necesarios, tanto asistenciales como de salud pública.
- h) Trasladar la información necesaria a las instituciones públicas y privadas que correspondan.
- i) Proponer comisiones auxiliares que podrán asesorar sobre determinados aspectos de la alerta.
- j) Integrar, en su caso, los planes de acción de diferentes consejerías que deban coordinarse para garantizar una respuesta integral ante la alerta de salud pública de alto impacto.
- k) Proponer indicadores de seguimiento de la alerta de salud pública de alto impacto para la monitorización y evaluación de la misma.
- l) Establecer la estrategia de comunicación para medios, página web y la población en general, que será periódicamente actualizada.
- m) Elevar, en su caso, propuestas al Consejo de Gobierno.
- n) Cualquier otra actuación que le fuera encomendada por la persona titular de la Consejería con competencias en materia de salud.

Artículo 6. Comité Territorial.

1. Por la naturaleza y ámbito territorial de la alerta, y a criterio del Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto, mediante acuerdo de éste, se podrá constituir, dependiente del Consejo, un Comité Territorial de Alerta de Salud Pública de Alto Impacto si la alerta sólo afecta a un ámbito provincial o menor, con la siguiente composición:

- a) Presidencia: La persona titular de la Delegación Territorial o, en su caso, Provincial con competencias en materia de salud.
- b) Vocalías: Las vocalías estarán desempeñadas por las siguientes personas:
 - 1.º La persona titular de la Jefatura de Servicio con competencias en materia de salud pública de la Delegación Territorial o, en su caso, Provincial correspondiente.
 - 2.º Una persona titular de la dirección gerencia de uno de los centros o distritos existentes en el ámbito de la Delegación Territorial o, en su caso, Provincial, en representación del Servicio Andaluz de Salud, designada por la persona titular de su Dirección Gerencia.
 - 3.º La persona titular de la Dirección Provincial de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.
 - 4.º La persona titular de la Dirección Gerencia de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria que gestione centros en el ámbito de la Delegación Territorial o, en su caso, Provincial.
- c) Secretaría: Ejercerá las funciones de Secretaría, con voz y sin voto, una persona con rango de jefatura de servicio de la Delegación Territorial o, en su caso, Provincial con competencias en materia de salud, designada por la Presidencia del Comité Territorial. En el supuesto de vacante, ausencia o enfermedad, esta persona será sustituida por otra adscrita al mismo órgano directivo y con la misma cualificación y requisitos que su titular.

2. En la composición del Comité Territorial de Alerta de Salud Pública de Alto Impacto deberá respetarse la representación equilibrada de mujeres y hombres en los términos previstos en el apartado 2 del artículo 11 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, incluyendo en el cómputo a aquellas personas que formen parte de los mismos en función del cargo específico que desempeñen. Este mismo criterio de representación se observará en la modificación o renovación del Comité.

3. En los supuestos de vacante, ausencia o enfermedad, las personas integrantes del Comité serán sustituidas mediante nueva designación por parte de la Presidencia del Comité Territorial.

4. Sus funciones, referidas al ámbito afectado, serán las correspondientes al Consejo, a excepción de las enumeradas en los apartados m) y n) del artículo 5. Asimismo ejercerá cualquier otra actuación que le fuera encomendada por el Consejo.

5. El Comité Territorial de Alerta de Salud Pública de Alto Impacto acordará las medidas que procedan en el ámbito territorial de las provincias afectadas por la alerta. De todas estas actuaciones se dará traslado al Consejo.

Sección 2.^a Normas de funcionamiento de los órganos colegiados e indemnizaciones

Artículo 7. Régimen de funcionamiento.

1. Los órganos colegiados previstos en este Capítulo se ajustarán en su funcionamiento a las normas básicas en materia de órganos colegiados recogidas en la Sección 1.^a del Capítulo II del Título IV de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, y en la Subsección 1.^a de la Sección 3.^a del Capítulo II del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre.

2. Asimismo, sin perjuicio de la habilitación normativa prevista en la disposición final quinta, los órganos colegiados previstos en este Capítulo podrán completar sus propias normas de funcionamiento.

Artículo 8. Indemnizaciones.

Las personas ajenas a la Administración de la Junta de Andalucía y sus agencias administrativas que integren los órganos colegiados previstos en el Capítulo II o que participen o sean invitadas ocasionalmente a asistir a sus reuniones, podrán ser indemnizadas conforme a las previsiones de la disposición adicional sexta del Decreto 54/1989, de 21 de marzo, sobre indemnizaciones por razón del servicio de la Junta de Andalucía.

CAPÍTULO III

MEDIDAS EN EL ÁMBITO DE LOS CONTRATOS DE CONCESIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO REGULAR DE VIAJEROS DE USO GENERAL

Artículo 9. Objeto.

Es objeto de este Capítulo adoptar en Andalucía medidas extraordinarias en el ámbito de las concesiones de servicios de transporte público regular interurbano de viajeros de uso general, excluidos los servicios ferroviarios competencia de la Comunidad Autónoma de Andalucía, para responder al impacto generado por la crisis sanitaria del coronavirus (COVID-19).

A los efectos de la aplicación del artículo 34.4 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, de medidas urgentes extraordinarias para hacer frente al impacto económico y social del COVID-19, las concesiones de servicios de transporte público regular interurbano de viajeros de uso general, excluidos los servicios ferroviarios competencia de la Comunidad Autónoma de Andalucía, podrán ser reequilibrados económicamente por la situación de hecho creada por el COVID-19 y las medidas adoptadas por la Administración para combatirlo, única y exclusivamente en los términos establecidos en este Capítulo. En ningún caso ese derecho podrá fundarse en las normas generales sobre daños por fuerza mayor o sobre restablecimiento del equilibrio económico que, en su caso, pudieran ser aplicables al contrato.

Artículo 10. Compensación económica extraordinaria en las concesiones de servicios de transporte público regular interurbano de viajeros por carretera.

1. Las concesiones de servicios de transporte público regular interurbano de viajeros por carretera de uso general de titularidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de Andalucía podrán ser compensados económicamente por las medidas adoptadas por la Administración para combatir la situación creada por el COVID-19.

2. Dicha compensación se establece como consecuencia de la reducción extraordinaria de ingresos por la disminución de la demanda ante las limitaciones establecidas a la movilidad de la ciudadanía y los sobrecostes de las restricciones impuestas respecto a la ocupación de los vehículos para procurar la debida separación entre personas usuarias, así como por el incremento de los costes soportados por la empresa concesionaria derivados de la obligación de desinfección diaria de los vehículos. El importe de la compensación se determinará de conformidad con los criterios y el procedimiento establecidos en este Capítulo.

3. Lo dispuesto en este Capítulo será de aplicación a las empresas concesionarias que continuasen prestando los servicios en la fecha de declaración del estado de alarma.

4. Se establecen dos tramos de compensación extraordinaria:

a) Un primer tramo para el periodo comprendido entre el 16 de marzo hasta el 31 de mayo de 2020.

b) Un segundo tramo comprendido entre el 1 de junio hasta el 31 de octubre de 2020, que atenderá a la incidencia que las medidas adoptadas por la Administración para paliar los efectos del COVID-19 en dicho periodo, hayan tenido en las concesiones de servicios de transporte público regular interurbano de viajero de uso general.

Artículo 11. Cálculo de la compensación económica extraordinaria para cada concesión del primer tramo.

1. La compensación se determinará teniendo en cuenta la reducción de ingresos por la disminución de la demanda de viajeros, así como el incremento de los costes por la desinfección de los vehículos durante la vigencia del estado de alarma, todo ello calculado conforme al método de compensación que se detalla a continuación. La reducción de ingresos se calculará con referencia al mismo periodo del año 2019, descontando la disminución de los costes de explotación por reducción de expediciones y los costes laborales respecto a los soportados en dicho periodo de referencia del 2019, e incrementando los costes por las medidas de limpieza y desinfección. En ningún caso se abonarán costes no asumidos directamente por los concesionarios.

La metodología de aplicación para el cálculo de la cuantía compensatoria en las concesiones de servicios públicos de transporte regular de viajeros por carretera de uso general de competencia autonómica se expone a continuación.

La compensación del periodo *i* de la concesión *j* será:

$$C(ij) = It\ 2020(ij) - Ir\ 2020(ij)$$

Siendo:

- $C(ij)$: Compensación del periodo *i* de la concesión *j*
- $It\ 2020(ij)$: Ingresos teóricos del año 2020 del periodo *i* de la concesión *j*
- $Ir\ 2020(ij)$: Ingresos reales del año 2020 del periodo *i* de la concesión *j*

Ingresos teóricos del año 2020 del periodo *i* de la concesión *j*: Son los ingresos teóricos asociados a la explotación de la concesión en el periodo *i* del año 2020. Su cálculo comprende los ingresos asociados a los costes fijos, así como los ingresos asociados a los costes variables que son directamente proporcionales a los servicios realmente prestados en el 2020 y que se incrementarán en los costes de limpieza y desinfección.

- $It\ 2020(ij) = If\ 2020(ij) + Iv\ 2020(ij)$
- $If\ 2020(ij) = Km\ 2019(ij) * lkm\ 2019(j) * Cf\ 2019(j)$
- $Iv\ 2020(ij) = Km\ 2020(ij) * lkm\ 2019(j) * Cv\ 2019(j) + Cl\ 2020(ij)$

Siendo:

- If 2020 (ij): Ingresos asociados a los costes fijos del año 2020 del periodo i de la concesión j.

- Iv 2020 (ij): Ingresos asociados a los costes variables del año 2020 del periodo i de la concesión j.

- Ci 2020 (ij): Costes de limpieza y desinfección del año 2020 del periodo i de la concesión j. Se considera una compensación de limpieza de hasta 20 € por autobús operativo y día.

- Km 2019 (ij): Kilómetros recorridos en 2019 en el periodo i de la concesión j. Se obtendrá de las declaraciones trimestrales ya presentadas por los operadores.

- Km 2020 (ij): Kilómetros recorridos en 2020 en el periodo i de la concesión j. Serán los Km declarados por los operadores y verificados por Administración.

- lkm 2019 (j): Ingreso medio por kilómetro de la concesión j en el año 2019. Se obtendrá de las declaraciones trimestrales ya presentadas por los operadores.

- Cf 2019 (j): Proporción de los costes fijos del año 2019 de la concesión j respecto a los costes de explotación. Se obtendrá de la contabilidad analítica que se requerirá a los operadores como documentación a aportar.

- Cv 2019 (j): Proporción de los costes variables del año 2019 de la concesión j respecto a los costes de explotación. Se obtendrá de la contabilidad analítica que se requerirá a los operadores como documentación a aportar.

- Los costes fijos y variables de cada concesión del año 2019 se obtendrán de la contabilidad analítica según se establece por la Orden PRE/907/2014, de 29 de mayo, por la que se implanta un modelo de contabilidad analítica en las empresas contratistas que prestan los servicios de transporte regular de viajeros de uso general, auditadas.

- En los costes fijos se incluirán las siguientes partidas: A610, A611, A612, A613, A615, A616, A619, A63 y A69.

- En los costes variables se incluirán las siguientes partidas: A60, A614 y A62.

Ingresos reales del año 2020 del periodo i de la concesión j: son los ingresos percibidos por el operador en la gestión de sus servicios durante el periodo i del año 2020.

El valor absoluto de los ingresos teóricos del periodo analizado de cada concesión del año 2020 no podrá superar el valor de la expresión:

$$It\ 2020\ (ij) = Km\ 2019\ (ij) * lkm\ 2019\ (j) * 0,3 + Km\ 2020\ (ij) * lkm\ 2019\ (j) * 0,7 + Ci\ 2020\ (ij)$$

2. A efectos del cálculo de la compensación, únicamente se tendrán en cuenta los servicios que se hayan realizado conforme a lo establecido en las Órdenes de 13, 14 y 28 de marzo de 2020 de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, por las que se adoptaron medidas en los servicios de transporte público regular de viajeros de uso general por carretera competencia de la Administración de la Comunidad de Andalucía, de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

3. La cuantía económica calculada con arreglo a este Capítulo tendrá la consideración de compensación para cada concesión por las medidas adoptadas por la Administración para paliar el impacto de la crisis sanitaria del COVID-19 durante el periodo considerado, no pudiendo percibirse otras indemnizaciones o reequilibrarse económicamente las concesiones afectadas por las mismas circunstancias.

4. El cálculo del segundo tramo se realizará conforme a la metodología de cálculo de las compensaciones descritas previamente.

Artículo 12. Procedimiento para la tramitación de la compensación económica.

1. El procedimiento para compensar económicamente las concesiones de conformidad con este capítulo se iniciará mediante solicitud de la empresa concesionaria, que deberá

presentarse en el plazo de 20 días naturales desde la entrada en vigor del presente capítulo, dirigida a la Dirección General de Movilidad para el primer tramo.

Los solicitantes deberán presentar una solicitud y memoria justificativa según el formato que se remitirá a cada empresa, con la siguiente información:

a) Nombre o denominación social y número de identificación fiscal, datos de la persona que actúa en representación del solicitante, en su caso, y código y denominación de la concesión.

b) Kilómetros recorridos, ingresos y viajeros declarados por el concesionario del para el periodo correspondiente del año 2020, parciales por meses.

c) Cuenta de explotación, de conformidad con lo establecido en la Orden PRE/907/2014, de 29 de mayo, por la que se implanta un modelo de contabilidad analítica en las empresas contratistas que prestan servicios de transporte regular de uso general del periodo 2019.

d) Relación de la flota adscrita al contrato a fecha 14 de marzo de 2020, con especificación del número de vehículos y número de matrícula.

e) Relación de vehículos y días utilizados en el marco del contrato durante el periodo analizado de 2020.

f) Relación de facturas emitidas por empresas externas para la desinfección de los vehículos, con expresión de importe por matrícula de vehículo y periodo.

g) Declaración responsable de la veracidad de los datos presentados.

h) Oferta detallada de los servicios que se prestan en los dos periodos de compensación, con especial indicación de rutas, itinerarios y horario del año 2020.

2. Una vez presentada la solicitud, podrán verificarse los datos y documentos aportados por los medios que se estime conveniente. El procedimiento se resolverá por la Dirección General de Movilidad en un plazo máximo de un mes contado desde la fecha de finalización del plazo de presentación o en su caso de subsanación de solicitudes, transcurrido el cual sin haberse dictado la correspondiente resolución, se entenderá desestimada la solicitud. La resolución pondrá fin a la vía administrativa.

3. El segundo tramo de compensación tendrá el mismo procedimiento de tramitación que el primero, estableciéndose como fecha de finalización para la presentación de solicitudes el 4 de noviembre de 2020.

Disposición adicional primera. Régimen jurídico de las zonas y puestos de difícil cobertura.

1. A los efectos de este decreto-ley, se consideran puestos de difícil cobertura aquellos puestos en los que el número de solicitudes existentes en la bolsa temporal de empleo de una categoría y especialidad, en su caso, ponderada respecto al número de profesionales efectivos en plantilla, alcanza un coeficiente insuficiente para la cobertura de dicho puesto. Asimismo tendrán dicha consideración aquellos puestos que no haya sido posible cubrir a través de los procedimientos ordinarios en ofertas de empleo temporal.

Asimismo, se consideran zonas de difícil cobertura las zonas básicas de salud donde del número de solicitudes inscritas en la bolsa temporal de empleo, ponderadas respecto al número de profesionales efectivos en plantilla, presente un escenario de coberturas insuficiente.

2. La declaración de zonas y puestos de difícil cobertura se llevará a cabo por Resolución de la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud a propuesta de la persona titular de la Dirección General competente en materia de personal del Servicio Andaluz de Salud, previa negociación en la Mesa sectorial de negociación de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía.

La declaración de zonas y puestos de difícil cobertura se revisará cada dos años, sin perjuicio de hacerlo con anterioridad si la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a propia iniciativa, a petición de los centros implicados o de la mesa sectorial de sanidad, así lo estima oportuno.

3. Las medidas contenidas en el presente Decreto-ley relacionadas con el desempeño profesional en puesto de difícil cobertura serán de aplicación a los profesionales que presten servicios en puestos declarados como tal en el ámbito asistencial del Servicio Andaluz de Salud.

La prestación de servicios en puestos de difícil cobertura será incentivada a través de las siguientes medidas en el ámbito de la gestión de los recursos humanos:

a) Actualizar las plantillas presupuestarias de los centros con criterios asistenciales, analizando y adaptando las mismas a las necesidades de profesionales en base a los problemas de salud, actuales y futuros, de la población.

b) Reforzar la coordinación entre las Direcciones Generales competentes en materia de personal y de asistencia sanitaria y resultados en salud.

c) Baremar con mayor puntuación el tiempo trabajado en puestos o centros ubicados en zonas de difícil cobertura, con efectos en las bolsas y en las ofertas de empleo público o la permanencia en concursos de traslado, de la siguiente forma:

1.º ½ año adicional por año, los primeros 2 años.

2.º 1 año adicional por año, a partir de los 2 años.

d) Las convocatorias específicas de los procesos de movilidad, de las ofertas de empleo público y de las bolsas de empleo temporal no podrán contener una puntuación máxima a otorgar por los años trabajados en centros y puestos de difícil cobertura.

e) Favorecer la oferta de interinidades al personal inscrito en bolsas de empleo temporal en puestos de difícil cobertura.

f) Desarrollar e implantar sistemas y programas de telemedicina en los puestos de carácter asistencial que así lo permitan, siempre que se estime necesario.

g) Establecer sistemas que favorezcan la rotación voluntaria de los profesionales, garantizando que la misma sea de un mes de duración al año, en el resto de los centros asistenciales hospitalarios de la misma provincia, que permitan el perfeccionamiento y la formación de los profesionales de los puestos de difícil cobertura.

h) Constitución de bolsas de estudios de las que se puedan beneficiar exclusivamente los profesionales de los puestos de difícil cobertura.

4. En el ámbito de la satisfacción de necesidades y expectativas se adoptarán las siguientes medidas:

a) Potenciar los instrumentos de acogida al personal sanitario que obtenga puestos de difícil cobertura.

b) La Consejería con competencias en materia de salud promoverá ante las Administraciones públicas competentes, en las zonas básicas de salud donde existan centros con puestos de difícil cobertura, ventajas y facilidades para los profesionales sanitarios de estos centros.

5. En el ámbito retributivo se establecerá un factor de corrección independiente en la evaluación del contrato programa anual en las zonas, categorías y en su caso, especialidades de difícil cobertura.

6. En el ámbito de la formación continuada y la investigación se adoptarán las siguientes medidas:

a) Fomentar y facilitar la realización de proyectos de investigación en relación con los en las zonas o puestos de difícil cobertura.

b) Facilitar la participación de los profesionales sanitarios que ocupen puestos de difícil cobertura, en grupos de investigación así como en proyectos de investigación.

c) Incrementar las actividades de formación continuada en las zonas o puestos de difícil cobertura, mediante la realización de aquellas actividades formativas relevantes para el crecimiento y mantenimiento de aptitudes a su entorno de trabajo, de los profesionales sanitarios en puestos de difícil cobertura.

d) Agilizar el sistema de sustituciones de los puestos de trabajo en las zonas o puestos de difícil cobertura, cuando las ausencias de los profesionales sanitarios esté motivado por su participación en acciones formativas o en proyectos de investigación.

7. En el ámbito de la carrera profesional se adoptarán las siguientes medidas:

a) El personal estatutario que cumpla los requisitos establecidos en la normativa de aplicación para acceder a la carrera y haya desarrollado su actividad asistencial en puestos de difícil cobertura, al menos, durante tres años ininterrumpidos, podrá incorporarse directamente al Nivel II de carrera profesional, sin que le sea exigible haber alcanzado previamente el primer grado de reconocimiento del desarrollo profesional.

b) El personal estatutario que cumpla los requisitos establecidos en la normativa de aplicación para acceder a la carrera y haya desarrollado su actividad asistencial en puestos de difícil cobertura, al menos, durante seis años ininterrumpidos, podrá incorporarse al Nivel III de carrera profesional, sin necesidad de haber alcanzado el segundo grado de reconocimiento del desarrollo profesional.

8. Para la determinación de los puestos de difícil cobertura en el ámbito de Atención Primaria se utilizará la combinación de los indicadores determinados en el Anexo, basados en las solicitudes de bolsa y oferta de empleo temporal, en un periodo determinado.

Para la determinación los puestos de difícil cobertura en el ámbito de la Atención Hospitalaria se utilizarán los siguientes criterios:

a) Cuando el número de solicitudes existentes en la bolsa de una categoría o especialidad ponderada respecto del número de profesionales efectivos en plantilla, alcanza un coeficiente insuficiente para la cobertura de atención sanitaria de dicho puesto.

b) Cuando existan puestos que no ha sido posible cubrir a través de los procedimientos ordinarios en ofertas de empleo temporal o a través de procesos de movilidad y además la suma de efectivos en el último trimestre sea inferior al 80% de la plantilla presupuestaria autorizada, para ese centro, categoría o/y especialidad.

Disposición adicional segunda. Coordinación de las Agencias sanitarias con las UGSP del Servicio Andaluz de Salud.

Los Servicios de medicina preventiva y salud pública de la Agencias públicas empresariales sanitarias de Andalucía se coordinarán con las UGSP del Servicio Andaluz de Salud mediante acuerdos de gestión o contratos programas.

Disposición adicional tercera. Constitución del Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto.

El Consejo de Alertas de Salud Pública de Alto Impacto se constituirá en el plazo máximo de siete días desde la entrada en vigor de este decreto-ley.

Disposición adicional cuarta. Servicio Marítimo.

La compensación para el Servicio Marítimo metropolitano de la Bahía de Cádiz, competencia de la Comunidad Autónoma de Andalucía se realizará según el procedimiento y metodología de cálculo contemplados en el Capítulo III, considerando un coste de desinfección de hasta 92 €/embarcación y día operativo.

Disposición transitoria única. Zonas y puestos de difícil cobertura vigentes.

Hasta que se declaren por la persona de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud las zonas y puestos de difícil cobertura se mantendrán vigentes las contenidas en las Resoluciones de la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, de 14 de noviembre de 2018, por la que se establecen los puestos de difícil cobertura de Medicina de Familia de Atención Primaria, de 11 de enero de 2019, por la que se amplían los centros recogidos en la Resolución de 14 de noviembre de 2018 corregida mediante la Resolución de 28 de enero de 2019 y los establecidos en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos aprobado por Resolución de 20 de mayo de 2019 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, para las categorías de Pediatras de Atención Primaria y Facultativos Especialistas de Área.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo previsto en este decreto-ley, y expresamente, el artículo 16.2 del 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, cuando menciona a los Servicios de Salud Pública.

Disposición final primera. Modificación del 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.

Se modifica 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.

Uno. Se modifica el artículo 18, que queda redactado de la siguiente manera:

«Artículo 18. Unidades de Gestión de Salud Pública.

1. Las Unidades de Gestión de Salud Pública, en adelante UGSP, son la estructura organizativa que conforman las unidades orgánicas responsables de la salud pública en su ámbito territorial y que se caracteriza por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los profesionales de salud pública.

2. Existirá una UGSP en cada Área de Gestión Sanitaria. Cuando no exista Área de Gestión Sanitaria, se constituirá una UGSP en cada Distrito de Atención Primaria. La UGSP dependerá orgánica y directamente de la Dirección del Distrito de Atención Primaria, o en su caso, de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria, y funcionalmente de la Dirección General competente en materia de salud pública.

3. En materia de salud pública, los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública quedarán vinculados a esta UGSP mediante los acuerdos de gestión anuales, de tal forma que compartan objetivos.

4. Las UGSP serán creadas por resolución de la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a propuesta de la persona titular de la Dirección General competente en materia dirección, ejecución y evaluación de las competencias de salud pública.

5. Las UGSP desarrollarán, en su ámbito territorial y de competencias, la función de la gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo.

6. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, las UGSP realizarán funciones de investigación, innovación, docencia, formación y gestión de los recursos humanos de su unidad o de los profesionales sanitarios de su ámbito de competencia.

7. La Dirección Gerencia del Área de Gestión Sanitaria o, en su caso, la del Distrito de Atención Primaria, suscribirá acuerdos de gestión anuales con la correspondiente UGSP.»

Dos. Se añade el artículo 18 bis), con la redacción siguiente:

«Artículo 18 bis). Profesionales y Dirección de las UGSP.

1. Las UGSP estarán integradas por profesionales de la salud pública de diferentes categorías, que pueden estar adscritos funcionalmente a la zona básica de salud o al dispositivo de apoyo de cada Distrito de Atención Primaria o del Área de Gestión Sanitaria.

2. Forman parte de la Unidad de Gestión de Salud Pública las personas profesionales de Salud Pública que presten servicios en los centros, servicios y establecimientos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tal como se definen en el artículo 87.1 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, así como el personal de gestión y servicios que se estime necesario para el buen funcionamiento de las mismas.

3. También forman parte de la Unidad de Gestión de Salud Pública aquellos profesionales con dedicación parcial de su jornada a la misma debido a que su desempeño laboral sea compartido entre alguna Unidad de Gestión Clínica y la de Salud Pública. En estos casos, se requerirá el acuerdo previo entre las direcciones de las mismas sobre los porcentajes de vinculación del profesional en cada una de ellas en base a su dedicación y funciones y así quedará consignado en los correspondientes acuerdos de gestión. En estos casos, la suma total de los desempeños no podrá exceder del 100%.

4. En cada Unidad de Gestión de Salud Pública existirá una estructura funcional de apoyo a la Dirección de la Unidad.

5. El personal de apoyo estará formado inicialmente por un profesional designado por la Dirección de la Unidad de entre las personas tituladas sanitarias que componen la UGSP. La dedicación como personal de apoyo no podrá superar el 100% de la jornada laboral total de esa persona profesional. No obstante, considerando el Acuerdo de Gestión y el Plan Funcional que forma parte del mismo, la Dirección de la UGSP podrá proponer, con informe razonado, la incorporación como personal de apoyo de más profesionales. Esta propuesta será aprobada por la persona titular del centro directivo competente en materia de salud pública en la Consejería con competencias en materia de salud.

6. A la dirección de la UGSP le corresponden la planificación, coordinación y dirección en materia de promoción, prevención, vigilancia y protección de la salud, de acuerdo con las directrices, planes y proyectos aprobados por la Consejería con competencias en materia de salud.

7. La cobertura de la dirección de la UGSP se realizará mediante el sistema de provisión que en cada momento se encuentre regulado para la provisión de cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, y con sujeción a los requisitos que a propuesta del centro directivo competente en materia dirección, ejecución y evaluación de las competencias de salud pública establezcan las bases de la correspondiente convocatoria.»

Disposición final segunda. Modificación del Decreto 136/2001 de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.

Se modifica el apartado 4 del artículo 26 del Decreto 136/2001, de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, queda redactado de la siguiente manera:

«4. Todos los miembros del Tribunal, tanto titulares como suplentes, deberán ostentar la condición de personal fijo de las Administraciones Públicas, de los Servicios de Salud o de los centros concertados o vinculados al Sistema Nacional de Salud, o tener la condición de personal emérito del Servicio Andaluz de Salud, y estar en posesión de titulación académica de nivel igual o superior a la exigida para el ingreso en la categoría o especialidad convocada.»

Disposición final tercera. Modificación del Decreto 155/2005, de 28 de junio, por el que se regula el procedimiento para el nombramiento de personal emérito en el Servicio Andaluz de Salud y se crea el Registro de Personal Emérito en el Servicio Andaluz de Salud.

Se modifica el Decreto 155/2005, de 28 de junio, por el que se regula el procedimiento para el nombramiento de personal emérito en el Servicio Andaluz de Salud y se crea el Registro de Personal Emérito en el Servicio Andaluz de Salud.

Uno. Se modifica el apartado 1 del artículo 11, que queda redactado de la siguiente manera:

«1. El personal emérito realizará actividades de consultoría, informe y docencia, de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional cuarta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. Además el personal emérito podrá formar parte de los Tribunales de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.»

Dos. Se modifica el apartado 2 del artículo 12, que queda redactado de la siguiente manera:

«2. Las gratificaciones del personal emérito se fijan en el valor correspondiente al salario mínimo interprofesional, abonados en doce mensualidades, con la limitación individual de que, sumadas a su pensión de jubilación, no podrán superar las retribuciones que el interesado percibía antes de su jubilación, consideradas, todas ellas, en cómputo anual.»

Disposición final cuarta. Modificación de normas de naturaleza reglamentaria.

1. Las determinaciones incluidas en el Capítulo II relativas a los órganos colegiados regulados en el presente decreto-ley podrán ser modificadas por normas de rango reglamentario.

2. Se mantiene el rango de las disposiciones reglamentarias modificadas por este decreto-ley. Las determinaciones incluidas en las citadas disposiciones podrán ser modificadas por normas del rango reglamentario correspondiente a la norma en que figuran, sin perjuicio de las habilitaciones específicas que en las mismas se contengan.

Disposición final quinta. Habilitación.

1. Se autoriza a la persona titular de la Consejería con competencias en materia de salud para dictar las disposiciones que, en el ámbito de sus competencias, sean necesarias en desarrollo y ejecución del presente decreto-ley, así como para modificar mediante Orden su anexo a propuesta de la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

2. Se autoriza a la persona titular de la Consejería con competencias en materia de movilidad para dictar las disposiciones que, en el ámbito de sus competencias, sean necesarias en desarrollo y ejecución de lo previsto en este decreto-ley previa tramitación, en su caso, de las modificaciones presupuestarias que resultaran necesarias.

Disposición final sexta. Entrada en vigor y vigencia.

1. Este decreto-ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

2. La regulación prevista en las disposiciones de este decreto-ley tendrá una vigencia indefinida, salvo las medidas previstas en el Capítulo III que ajustarán su vigencia a lo previsto en el articulado.

Sevilla, 1 de septiembre de 2020

ELÍAS BENDODO BENASAYAG
Consejero de la Presidencia,
Administración Pública e Interior

JUAN MANUEL MORENO BONILLA
Presidente de la Junta de Andalucía

00177104

A N E X O**INDICADOR 1: Índice de solicitudes ponderadas por Zona Básica de Salud (ZBS)**

Índice de solicitudes ponderadas por ZBS:

$$\frac{\text{Sumatorio solicitudes ponderadas por profesional para una ZBS}}{\text{Total Plantilla en ZBS}} * 100$$

Siendo las solicitudes ponderadas por profesional = Número de solicitudes realizadas por un profesional de una especialidad concreta.

Siendo el Total Plantilla en ZBS = Plantilla libre + Plantilla Ocupada + Número de eventuales.

Se consideran solo los profesionales en estado de disponible en bolsa que en ese momento no se encuentren trabajando en el SAS.

INDICADOR 2: Porcentaje de ofertas de empleo temporal no cubiertas en Zona Básica de Salud (ZBS)

% Ofertas temporales no cubiertas =

$$\frac{\text{Número de ofertas de empleo temporal no cubiertas en ZBS}}{\text{Número de ofertas totales ZBS}} * 100$$

En este indicador se incluyen las ofertas de empleo temporal con duración superior a tres meses.

El algoritmo que define los puestos de difícil cobertura es el resultante de la suma de los siguientes términos:

1. Zonas con valor del Indicador 1 por debajo de 30%.
2. Zonas con valor del indicador 2 situado en el 0% (ninguna oferta de empleo con duración superior a tres meses fue aceptada) y Zonas que no hicieron ninguna oferta de empleo temporal.