

## MEMORIA FUNCIONAL DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

### 1. NECESIDAD DE UNA NUEVA LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

#### 1.1. Planteamiento global de la necesidad

La salud es considerada como un bien público común, protegible y protegida legalmente. El artículo 43 de la Constitución española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud y establece la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El Estatuto de Autonomía para Andalucía de 1981, confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva en materia de sanidad e higiene, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española; define los derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios sanitarios; y, ordena las actividades sanitarias de las entidades públicas y privadas. En este marco normativo, Andalucía ha ido desarrollando a lo largo casi tres décadas un Sistema Sanitario Público que se ha consolidado como el garante del derecho de la ciudadanía a la protección de la salud, de forma universalizada y equitativa.

Este marco normativo se ha ido complementando a lo largo de los años, consolidando derechos, en mayor o menor grado de desarrollo, de segunda y tercera generación, tales como: voluntades vitales anticipadas (Ley 5/2003, de 9 de octubre); reprogramación celular con finalidad exclusivamente terapéutica (Ley 1/2007, de 16 de marzo); libre elección de médico especialista en el ámbito hospitalario y hospital público; y de médico de familia y pediatra (Decreto 128/1997, de 6 de mayo y Decreto 128/1997, de 6 de mayo, respectivamente); segunda opinión médica (Decreto 127/2003, de 13 de mayo); garantía de plazo de respuesta quirúrgica (Decreto 209/2001, de 18 de septiembre) y en procesos asistenciales, primeras consultas con el especialista y pruebas diagnósticas por especialidades para cada hospital del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) (Decreto 96/2004, de 9 de marzo); derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte (Ley 2/2010, de 8 de abril) y la mejora de la salud de la población desde una nueva perspectiva en la que priman las políticas de protección y promoción de la salud (Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía).

Ahora bien, la salud no sólo es un derecho, sino que tiene valor en sí misma. De acuerdo a lo establecido en la Carta de Tallín, la inversión en salud supone una mejora tangible en la riqueza de cada país. Por ello, al igual que los demás países firmantes de esta Carta, España se comprometió en 2008 a invertir en su sistema sanitario y hacer que respondiera más a las



necesidades de la población, implicando a los diferentes interlocutores en el desarrollo de las políticas y en su implantación, asegurando que el sistema sanitario estuviese preparado y capacitado para responder a las crisis. Asimismo, estableció el compromiso con la solidaridad, la participación y la equidad en las políticas sanitarias, la búsqueda de recursos y la garantía de atención a las necesidades de las personas más vulnerables.

El SSPA viene caracterizado por los valores intrínsecos al propio Sistema, que según fijó la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía son: coordinación de las actuaciones y de los recursos, aseguramiento público, universalización, financiación pública, equidad, superación de las desigualdades, planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, participación de la ciudadanía y de profesionales y mejora de la calidad en los servicios.

Estos valores están igualmente sujetos a garantía, por lo que se hace necesaria la creación de la presente Ley que garantice el SSPA, entendido desde estos principios (valores) y que garantice su perdurabilidad en el tiempo (base de la sostenibilidad).

## 1.2. Escenario económico actual

En este contexto global, ha irrumpido con fuerza el largo periodo de crisis vivido recientemente en la economía española, que ha provocado el acelerado crecimiento del endeudamiento del sector público. La magnitud de la crisis impactó rápidamente en el déficit público como consecuencia, tanto del hundimiento de los ingresos como del aumento del gasto asociado a la actuación de los estabilizadores automáticos y al propio aumento de los gastos financieros de la deuda.

El fuerte dinamismo de los recursos tributarios en España hasta el ejercicio 2007, con crecimientos por encima del aumento del PIB nominal, propició, en ausencia de mecanismos claramente desincentivadores de la expansión del gasto, un proceso de aumento muy intenso en los presupuestos de las Administraciones Públicas españolas. Además, en el caso de las CC.AA., y debido a su perfil competencial, se destinaron gran parte de los ingresos cíclicos a la financiación de gasto estructural procedente de la prestación de los servicios de educación y sanidad.

El brusco frenazo de los recursos tributarios a partir de 2008, con una estructura de gasto tan condicionada, provocó que el saldo no financiero de las CC.AA. pasase de presentar una posición de superávit en 2007 de más de 4.500 millones de euros, a registrar un déficit de más de 24.100 millones de euros en 2011.

En lo que se refiere a la evolución del gasto sanitario en el entorno internacional, la crisis económica global que empezó en 2008 ha tenido un efecto dramático en los gastos de salud de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Las estimaciones de gasto en salud muestran que por primera vez, el gasto en salud ha disminuido su velocidad de crecimiento o, incluso, de forma global ha disminuido en muchos países de la OCDE después de años de crecimiento continuado. Como resultado, el crecimiento medio cercano a cero del gasto sanitario se registró ya en 2010, y las

estimaciones sugieren que este bajo o negativo crecimiento en el gasto sanitario va a continuar en muchos países de la OCDE en los próximos años. En concreto, las reducciones en los gastos públicos han continuado determinando la caída en el crecimiento del gasto sanitario global. En la mayoría de los países, las mayores reducciones se han centrado en el gasto farmacéutico, en salud pública y en los servicios de prevención. En España, el gasto sanitario pasa de crecer a una media superior al 5% en el periodo 2000-2009, a experimentar una reducción cercana al 2% durante 2009-2011.

En cuanto a las estrategias fiscales implementadas por los gobiernos durante el periodo de recesión, la encuesta sobre las características de los sistemas de salud de la OCDE indica que van desde la acumulación de déficits a los proveedores (la más frecuentemente utilizada<sup>1</sup>) hasta la reducción de salarios en médicos y personal de los servicios sanitarios. Dado que una alta proporción del gasto sanitario se destina al pago de sueldos y salarios, una medida inmediatamente adoptada por los países ha sido la reducción salarial y/o la reducción de las plantillas. Respecto a los pagos a proveedores, la mayoría de los países ha optado por no aumentar o reducir el reembolso a los hospitales en los conciertos existentes, o bien han optado por la reducción de la tarifa tipo por Grupos Relacionados por el Diagnóstico<sup>2</sup>(GRD).

La crisis financiera ha iniciado a su vez una crisis social. El número de hogares que viven sin rentas del trabajo se ha duplicado en Grecia, Irlanda y España. El estado de salud de la población es un indicador de bienestar que debe ser preservado mediante la garantía de los sistemas sanitarios públicos.

Por otro lado, esta crisis económica y financiera sin precedentes, ha generado un progresivo deterioro de nuestra posición competitiva en materia de innovación. Para superarla es necesario contar con un ambicioso proyecto político que apueste por la generación de conocimiento científico y técnico, su aplicación al tejido productivo, y a la sociedad, y el desarrollo de innovaciones que modernicen el país y den respuesta a la ciudadanía.

A pesar de la existencia de numerosos factores en el estado de salud de la población, el gasto sanitario sigue siendo un elemento clave que hay que garantizar. España se encuentra entre los países OCDE que encabezan el ranking de la esperanza de vida. También en términos de eficiencia macroeconómica nuestro sistema de salud es uno de los que encabezan el ranking con una esperanza de vida muy por encima del valor estadístico correspondiente a nuestro gasto per cápita en salud. Las características de la población condicionan determinados capítulos de gasto sanitario, y en este sentido, el progresivo envejecimiento de la misma determina unos niveles crecientes de gasto. Del mismo modo, este componente impulsor del gasto sanitario constituye un elemento clave a la hora de evaluar la sostenibilidad financiera del modelo de salud.

Los menores niveles de renta de la región andaluza junto con la tasa de pobreza más elevada condicionan la menor dotación de recursos sanitarios y la mayor intensidad en la utilización de los mismos. Sin embargo, a pesar de presentar un gasto sanitario per cápita casi el 15%



<sup>1</sup> Este mecanismo, sin ser novedoso en el gasto sanitario, se incrementa y alcanza grandes dimensiones

<sup>2</sup> Sistema de clasificación de pacientes utilizado para medir el producto sanitario, que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística), con el coste que representa su asistencia

inferior al promedio nacional<sup>3</sup>, el sistema sanitario de Andalucía ha sido capaz de alcanzar niveles de calidad y satisfacción equiparables al conjunto del territorio español. La utilización más intensiva de algunas estrategias clínicas, como es el caso de la Cirugía Mayor Ambulatoria, o el impulso de la gestión clínica entendida como un espacio organizativo de ámbito multiprofesional donde las decisiones de los profesionales sobre el conjunto de procesos que se producen en la relación con sus pacientes, cuentan con la participación de los y las profesionales sanitarios y de la ciudadanía, repercute en la optimización de los recursos y la mejora de la calidad de los servicios (ya se trate de la elección de la indicación clínica o quirúrgica más eficaz, de la forma de llevarla a cabo más efectiva o del empleo para ello de recursos seleccionados bajo el prisma de la mejor relación entre el coste y los beneficios esperados), ha permitido la liberación de recursos para otras utilidades.

En el marco económico actual, muchos gobiernos están incluyendo la reducción del gasto sanitario como un objetivo dentro de los amplios programas de austeridad. Es pues el momento de justificar la necesidad y garantizar la **sostenibilidad** en el largo plazo, **garantizando además los valores propios del Sistema** sanitario. Los líderes del sistema de salud tienen que pensar en el futuro, orientando su gestión al conjunto de sus Grupos de Interés de manera que se mantenga el Estado de Bienestar, y que, además, se realice de una manera sostenible. Crear un sistema financieramente sostenible requiere, por tanto, una reorientación principal hacia el valor y los resultados, la implicación de un conjunto más amplio de sus Grupos de Interés dentro de una estructura de gobierno más efectiva, y mayor compromiso y corresponsabilidad en el espacio compartido donde se produce el encuentro entre pacientes, profesionales sanitarios y ciudadanía.

### 1.3. Contexto europeo

Esta situación está siendo abordada dentro de estrategias de la Unión Europea y de las que ni Andalucía ni su Sistema Sanitario pueden alejarse.

Andalucía, al igual que Europa, está viviendo un momento de transformación. La crisis ha echado por tierra años de progreso económico y social y expuesto las debilidades estructurales de su economía. Mientras tanto, el mundo se mueve con rapidez y los retos a largo plazo (mundialización, presión sobre los recursos, envejecimiento) se intensifican.

Europa debe de ser consciente de que puede tener éxito si actúa colectivamente, como Unión. Se necesita una estrategia que ayude a salir fortalecidos de la crisis y convierta a la UE en una economía inteligente, sostenible e integradora que disfrute de altos niveles de empleo, de productividad y de cohesión social. Para ello, en el seno de la Comisión Europea se ha puesto en marcha la Agenda Europa 2020, que constituye una visión de la economía social de mercado de Europa para el siglo XXI y a la que tanto Andalucía como su Sistema Sanitario deben alinearse en sus grandes líneas.

<sup>3</sup> Los mecanismos de que se ha dotado el Sistema Nacional de Salud, Fondo de Cohesión, no han permitido disminuir de forma más relevante la brecha existente en la financiación entre comunidades autónomas "ricas" y con mayor nivel de pobreza. Esta situación tuvo su reflejo en la denominada deuda histórica que se le reconoció a Andalucía, y actualmente, en las continuas discrepancias a la hora de la financiación que no tiene en cuenta el peso poblacional de Andalucía.

Europa 2020 propone tres prioridades que se refuerzan mutuamente:

- Crecimiento inteligente: desarrollo de una economía basada en el conocimiento y la innovación.
- Crecimiento sostenible: promoción de una economía que haga un uso más eficaz de los recursos, que sea más verde y competitiva.
- Crecimiento integrador: fomento de una economía con alto nivel de empleo que tenga cohesión social y territorial.

Para lograr un futuro **sostenible**, se debe mirar ya más allá del corto plazo. Europa necesita volver a encontrar el rumbo y mantenerlo. Ése es el propósito de Europa 2020, demostrar que Europa es capaz de alcanzar un crecimiento inclusivo, sostenible e inteligente y de encontrar el modo de crear nuevos puestos de trabajo y de ofrecer una orientación a nuestras sociedades.

La Comisión propone para la UE cinco objetivos cuantificables para 2020 que deberán ser tenidos en cuenta por el SSPA, marcarán la pauta del proceso y deberán integrarse en los objetivos específicos de cada país: el empleo, la investigación y la innovación, el cambio climático y la energía, la educación y la lucha contra la pobreza.

Es preciso hacer referencia a la necesidad de orientarse a los objetivos perseguidos por la Unión Europea en materia de I+D+i, definidos en la "Unión por la Innovación" y en el nuevo programa marco para la financiación de estas actividades, "Horizonte 2020", facilitando la colaboración y participación de los todos los agentes del SSPA en el entorno nacional y europeo de forma natural, constante y creciente. Por este motivo, debemos contribuir desde el desarrollo del conocimiento, la innovación y la investigación a la consolidación del espacio europeo de investigación.

En este sentido, en Andalucía, la "Estrategia de Innovación e Investigación en Salud (I+i 2014-2018)" plantea acciones a emprender alrededor de los tres ejes comunes a las políticas públicas europeas y nacionales: a) impulsar un modelo de ciencia excelente; b) potenciar el liderazgo empresarial en I+i; y, c) realizar una investigación orientada a los retos de la Sociedad.

Todos estos objetivos -ambiciosos, pero alcanzables- orientan la dirección que Andalucía debe seguir para garantizar la Sostenibilidad de su Sistema Sanitario.

#### 1.4. Evolución de la población en Andalucía

##### 1.4.1. Evolución sociodemográfica de la población en Andalucía

Según las proyecciones de población realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), Andalucía a 1 de enero de 2013 contaba con una población de 8.394.209 habitantes (50,5% mujeres). Los principales cambios demográficos en la población andaluza se deben en gran medida a la disminución de la fecundidad, al aumento en la supervivencia de las personas

mayores y a los patrones migratorios, que han disminuido tanto en entradas como en salidas por cambio de residencia en los últimos dos años. Por otro lado, importantes cambios se han registrado en la composición de las unidades familiares con la reducción en su tamaño y la integración de la mujer en el mercado laboral, que han llevado a la modificación de las redes de apoyo familiar.

Las tasas brutas de natalidad y nupcialidad han descendido. Según los datos de 2012, el descenso en la tasa bruta de **natalidad** de Andalucía (10,3 nacidos por mil habitantes) es consecuencia directa del menor número de mujeres en edad fértil (efecto estructura de la población) y de una menor fecundidad (1,40 hijos por mujer). La reducción en el **número medio de hijos por mujer** lleva asociada una subida en la edad media de la mujer a la maternidad (31,47 años). Además, el número de **nacidos de madre no casada** se sitúa ya en el 37,7% del total de nacimientos de madre residente en Andalucía.

El número de **matrimonios** en Andalucía también ha continuado en descenso, situándose la tasa bruta de nupcialidad en 3,48 matrimonios de distinto sexo por cada 1.000 habitantes. La edad media al matrimonio sigue aumentando, situándose en los 30,2 años en las mujeres y 32,1 años en los hombres. El ritmo de **disolución de los matrimonios andaluces** también continúa aumentando, situándose en 2012 en 65,31 por cada 100 nuevos matrimonios celebrados, ya sea mediante divorcio, separación o nulidad, a lo largo del mismo año.

Por otra parte, la tasa bruta de **mortalidad** muestra un aumento en los últimos cinco años, pasando de 7,61 defunciones por cada 1.000 mujeres en 2008 a 7,76 defunciones en 2012. De igual forma, la tasa bruta de mortalidad en hombres ha pasado de 8,46 defunciones por cada 1.000 hombres residentes en Andalucía a 8,56 defunciones en el mismo período. La tasa de **mortalidad infantil** se situó en 3,3 defunciones por cada 1.000 niñas nacidas vivas y en 3,4 defunciones por cada 1.000 niños nacidos vivos. Así, la **esperanza de vida** al nacer en Andalucía se sitúa en 78,1 años para los hombres y en 83,7 años para las mujeres.

En este contexto, el incremento de la población de 65 años y más sigue siendo notable, llegando a constituir un 16% de la población total en Andalucía en 2013 (1.305.610 personas). En los últimos 50 años se ha triplicado el número de personas mayores (425.474 personas en 1961), consolidando un proceso de envejecimiento caracterizado además por su **feminización** (un 57% de las personas mayores de 65 años son mujeres), por el **envejecimiento del envejecimiento** (un 28% de las personas mayores tiene 80 años o más), por el **ámbito rural** de residencia (cerca de un 25% viven en municipios de <10.000 habitantes) y por la **soledad** (el 42% de las personas de 65 años y más están en estado de viudedad, separadas, divorciadas o solteras).

Por otra parte es necesario considerar los datos relativos a la **inmigración**, ya que es uno de los fenómenos demográficos que tienen un alto impacto en la composición de la población y en las necesidades de atención.

La población extranjera en 2013 suponía un 9,4% del total de población residente en Andalucía. Un 44% de esta población procedía de otros países de la UE, un 22% de África y un 21% de América del Sur. La estabilización progresiva del estatus administrativo de esta población y el aumento de autorizaciones de residencia de larga duración o permanentes y de nacionalidad, unido a los procesos de retorno forzados por la escasa oferta de empleo,



hace que a día de hoy una amplia mayoría de inmigrantes residentes en la Comunidad Autónoma se encuentren en situación administrativa regular, estable y desvinculada de su estatus ocupacional. Esta situación contrasta con la inseguridad laboral de este grupo de población en la que, en valores reducidos comparativamente con el conjunto de España, el desempleo y la precariedad en el empleo han ido en aumento. Así, la tasa de paro en población joven de origen rumano o búlgaro llega al 60% y el paro de larga duración de trabajadores africanos supera el 70%. El desempleo llega a los segmentos más precarios del mercado de trabajo, a lo que se suma su especial vulnerabilidad social. Esta población tiene mayor necesidad de protección social y redes familiares con escasos recursos económicos para sostener a personas desempleadas. El riesgo de exclusión social muy alto en esta población.

Dentro de la población extranjera, el grupo de menores de 18 años tiene características muy especiales. Suponen un 16,4% del total de población extranjera sumando 115.689 menores en 2010. El porcentaje de extranjeros sobre el total de menores de 18 años en Andalucía ha aumentado progresivamente en la última década. Este grupo de población procede fundamentalmente de África (12,9%), la mayoría de Marruecos. Un 26% son extranjeros nacidos en España, 11% en reino Unido y 10% en Rumanía. Un 90% de los menores no acompañados que ingresan en los Centros de Protección de Menores son varones, el 60% tiene nacionalidad marroquí y han realizado su viaje migratorio en los bajos de un camión o autobús, en patera o como polizón en un barco.

Pero también es muy importante el envejecimiento de la población extranjera procedente de otros países de la UE. Actualmente, un 90% de los extranjeros de 65 y más años son procedentes del Reino Unido y Alemania. Son personas que gracias al Tratado de Maastrich que reconoce la libre circulación y residencia en todo su territorio a ciudadanos de la UE, residen de forma temporal o habitual, principalmente en la Costa del Sol, y requieren atención sanitaria y servicios sociales específicos.

#### 1.4.2. Estado de salud y perfil epidemiológico de la población

Según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, un 78% de los hombres y un 70% de las mujeres en Andalucía consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno.

Y según la Encuesta Andaluz de Salud 2011-2012 las tres enfermedades crónicas más frecuentes en Andalucía fueron la artrosis o reumatismo (8,7%), la colesterolemia(12,3%) y la hipertensión (18,7%). Por otro lado, la menos frecuente fue los problemas cardíacos (solo un 4%). En cada una de ellas las mujeres presentaron mayores porcentajes que los hombres: 5% de hombres en contraste con el 12,3% de mujeres en el caso de artrosis o reumatismo; 10,9% de hombres vs. 13,7% de mujeres con colesterol; 16,3% de hombres y el 21% de mujeres que tenían hipertensión; mientras que, solo el 3,8% de hombres y el 4,2% de mujeres tenían problemas cardíacos.

Para todas las enfermedades se observa que los porcentajes de personas que las padecen aumentan a medida que aumentaba la edad de éstas, excepto en el caso de alergias crónicas, que ocurrió al contrario (pasó del 8,8% de personas de 16 a 24 años al 4,5% de personas de 75 años o más).

En cuanto al nivel de estudios, se cumple para todas las enfermedades crónicas (excepto las alergias) que las personas con nivel de estudios hasta estudios primarios fueron las que en mayor porcentaje las padecieron.

Por nivel de ingresos se observa que para todas las enfermedades (excepto alergias crónicas) la tendencia es que a mayor nivel de ingresos menor porcentaje de personas con enfermedades crónicas.

Y en cuanto a la clase social, en las clases más desfavorecidas se observan porcentajes más altos de personas con enfermedades crónicas (a excepción de alergias crónicas).

Un 27,7% de la población en Andalucía tiene diagnóstico de hipertensión arterial, un 40,3% de dislipemia<sup>4</sup>, un 10,5% diabetes. El cáncer es la primera causa de mortalidad prematura, causando el 41% de las muertes en menores de 75 años. La cardiopatía isquémica origina la tercera parte de las defunciones por el conjunto de enfermedades cardiovasculares y la enfermedad cerebrovascular el 30%. Aunque el número de defunciones por diabetes mellitus se ha incrementado en los últimos 40 años, las tasas brutas de mortalidad por esta causa no han experimentado grandes cambios

Los datos del CMBD muestran también el cambio de perfil de pacientes que acuden a los servicios hospitalarios. En las altas en el período 2000-2010 aumentó un 47% el grupo de personas de 75 años y más. Dentro de los GRD más frecuentes estaban la insuficiencia cardíaca, los procesos de fractura de cadera, el ictus, el edema agudo de pulmón, la neumonía y pleuritis y el EPOC. Todos ellos son procesos que requieren cuidados de larga duración, que pueden no solo ser sanitarios sino también sociales. En Atención Primaria la frecuentación de medicina de familia en el domicilio ha crecido un 59% en los últimos años y la enfermería, un 39%, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población a la inmovilización de pacientes y a la complejidad de los pacientes pluripatológicos.

### 1.5. Condicionantes sociales del SSPA

En los últimos años se ha producido un descenso de la renta media de la población española, que supone un proceso de empobrecimiento de la sociedad. Es un proceso que afecta especialmente a las personas y familias más vulnerables, aquellas que tienen baja intensidad laboral, las personas inmigrantes de extracomunitarias, los hogares monoparentales y las personas sin hogar.

La pobreza severa (<307€/mes) alcanza ya a 3 millones de personas en España, duplicando el número de personas en esta situación antes de la crisis. Ha aumentado el número de personas desempleadas de larga duración (3,5 millones de personas llevan más de un año en paro), especialmente las personas mayores de 50 años. En términos de bienestar, el rasgo más preocupante de la evolución de la renta en la crisis es el incremento de la desigualdad, situando a España entre los países más desiguales de la UE: 20% de la población más rica concentra 7,5 veces más riqueza que el 20% más pobre.

<sup>4</sup>La dislipemia (hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia) es un conjunto de patologías caracterizadas por concentraciones de lípidos en la sangre muy elevadas.

La destrucción de empleo y la moderación salarial registrada en el sector público y en el sector privado, derivadas de las políticas de ajuste implementadas en el último período, han sido determinantes en la reducción del nivel de renta de los hogares españoles. Algunos cambios en las prestaciones sociales como la reducción de las cuantías en la prestación contributiva del desempleo, el endurecimiento de los requisitos de acceso a las rentas mínimas o el aumento en los impuestos sobre la renta y el valor agregado, han tenido también un efecto negativo sobre la renta disponible para cada persona.

Esta situación que afecta al conjunto del país, es aún más severa en Andalucía. Según los datos publicados en 2013 por el Instituto Nacional de Estadística, la tasa de riesgo de pobreza en Andalucía se ha incrementado en los últimos años, pasando de un 27,2% en 2005 al 31% en 2012. Además, si se imputa el alquiler a todos los hogares, el incremento es aún más notable, del 21,8% al 26%. La incidencia de la pobreza se concentra especialmente en los hogares con sustentadores principales jóvenes y en los hogares con menores.

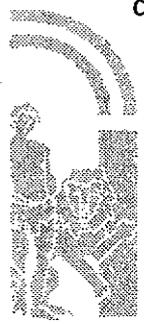
La carencia material es un indicador que incluye los conceptos como no poder permitirse el ir de vacaciones al menos una semana al año, una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días, o mantener la vivienda a una temperatura adecuada, entre otros. La carencia material se sitúa en Andalucía en el 23,9% de la población y afecta al 22,7% de los hogares.

Aunque el empobrecimiento afecta a gran parte de la sociedad, son algunos de los grupos de personas más vulnerables los que se ven especialmente afectados. Así, las mujeres solas con familiares a cargo, las personas jóvenes desempleadas, las personas sin hogar, los niños y niñas que viven en hogares donde la intensidad laboral es muy baja, entre otros, tienen especial riesgo de caer en situaciones de pobreza extrema y exclusión social.

El porcentaje de personas y hogares que tienen dificultades para llegar a fin de mes se ha incrementado notablemente a partir del inicio de la crisis. Los datos muestran cómo un 26% de la población andaluza se encuentra en esta situación.

Los menores constituyen un grupo de población especialmente vulnerable en la situación actual de crisis económica. Según UNICEF, los niños sufren la crisis en los hogares cuando sus padres se quedan en paro y con pocos o escasos ingresos, cuando son desahuciados. A causa de la disminución de las rentas en las unidades familiares, se empobrece también la calidad de la alimentación. En Andalucía, la población menor de 18 años cuenta con más 1,6 millones de personas, de las que un 24,6% se encontraba en 2013 en riesgo de pobreza.

Otro grupo de población especialmente afectado está constituido por las personas mayores que alcanzaban ya en 2013 el 14,7% de la población en Andalucía. Un 2,6% de esta población vive en el umbral de pobreza, debiendo afrontar además de las necesidades básicas del resto de la población, las derivadas de las situaciones de dependencia y atención a la enfermedad crónica.



### 1.6. Otras situaciones que influyen en las necesidades de atención de la población

Otras situaciones individuales, como las discapacidades entre las que se encuentra la enfermedad mental, o las drogodependencias y otras adicciones, condicionan también las necesidades de atención sanitaria de la población.

#### 1.6.1. Discapacidad y enfermedad mental

Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), en 2008 en Andalucía 716.100 personas tenían alguna **discapacidad**, el 54% de las cuales eran mayores de 65 años. La necesidad de ayuda para las actividades de la vida diaria (ABVD) se estimó entonces en un 5,6% del total de la población. Un 32% de las personas mayores tenían entonces alguna discapacidad, y este grupo de población constituía el 68% de las personas en situación de dependencia. Tanto en mujeres (32%) como en hombres (22%) las discapacidades más frecuentes son las relacionadas con deficiencias osteoarticulares, seguidas de las deficiencias mentales en hombres (16%) y las deficiencias visuales en mujeres y hombres (15%).

Según la Encuesta Andaluza de Salud 2011, el porcentaje de personas que tuvieron algún **problema emocional** (como estar triste, deprimido o nervioso), en las últimas 4 semanas, que afectó su trabajo o a sus actividades cotidianas fue del 14,0% en mujeres y de un 6,4% en hombres. Para todos los grupos de edad, el porcentaje en mujeres es superior.

De las personas encuestadas un 7,8% dijeron que un médico les había diagnosticado de depresión o ansiedad lo que supone un 2,4% más que el valor observado en la encuesta realizada en el año 2007.

En Andalucía se estima que el 21,1% de la población con 16 años o más presenta riesgo de padecer alguna patología mental, con porcentaje diferentes en hombre (16,7%) y mujeres (25,4%). El porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental va aumentando con la edad y es mayor en mujeres que en hombre. Se ha encontrado también un marcado gradiente social, de forma que la enfermedad mental aumenta a medida que disminuye el nivel de ingresos y el nivel educativo, y es más elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente, las personas jubiladas (especialmente mujeres), las amas de casa, y las personas en situación de desempleo que ya han trabajado antes.

#### 1.6.2. Las drogodependencias y otras adicciones

La evolución del **consumo de drogas** constituye un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones internacionales, nacionales y locales. En las últimas décadas ha descendido el número de consumidores de heroína, mientras aumenta el número de consumidores de cannabis y cocaína en polvo. Han cambiado los perfiles de consumidores de sustancias psicoactivas, el patrón de policonsumo es cada vez más generalizado, hay una mayor precocidad en el inicio de uso de algunas sustancias y se relaciona cada vez más estrechamente su uso con los espacios y tiempos de ocio.



Por otra parte se han incrementado los **trastornos mentales asociados** al consumo de sustancias psicoactivas produciendo una considerable demanda de atención a la patología dual. La inmigración y el envejecimiento de la población han introducido también modificaciones en los perfiles de consumidores que hacen imprescindible la adaptación en las redes asistenciales y la integración de servicios sociales y sanitarios para atender las necesidades de estas personas.

En cuanto al consumo de **bebidas alcohólicas**, el porcentaje de personas en Andalucía que se declara abstemia ha pasado de un 39.12% en 2007 a 55,5% en 2011. Esta tendencia se replica en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Además se incrementa el número de personas que beben con una regularidad de más de una vez al mes (en la muestra global pasamos de un 41.8% a un 44.4%). Según grupos de edad, el que presenta un mayor aumento entre 2007 y 2011, entorno a un 13%, es el grupo comprendido entre 45 y 64 años<sup>2</sup>.

### 1.7. Sobre el sistema sanitario público de Andalucía

La atención sanitaria y sociosanitaria de los principales problemas de salud de la población exige una planificación de servicios y recursos para garantizar la equidad en el acceso a las diferentes prestaciones.

Asimismo, la necesidad de ganar años de vida en buena salud (libre de discapacidad o enfermedades crónicas) hace necesario la intervención sobre los determinantes de las enfermedades en coordinación con sectores no sanitarios y profundizar en la perspectiva de los cuidados de larga duración y de atención a la dependencia.

El envejecimiento de la población, la cronicidad de las patologías y la irrupción tecnológica determinarán qué servicios sanitarios serán necesarios en un futuro próximo.

La actividad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía indica que:

- En la Atención Primaria: Las urgencias médicas junto con las visitas al pediatra han aumentado. Se ha estabilizado la frecuentación médica y se incrementa paulatinamente la atención domiciliaria de enfermería.
- En la Atención Hospitalaria: En los últimos años se ha producido un descenso de los ingresos hospitalarios y de las estancias, así como de las intervenciones quirúrgicas con ingreso. En paralelo se ha producido un gran incremento de las consultas externas, de la cirugía sin ingreso y del hospital de día médico.

Estos datos reflejan que el uso que se hace de los hospitales y el cómo trabajan los hospitales está cambiando. Hay menos ingresos y estancias nocturnas, a la vez que se está modificando la atención a los enfermos agudos. Cada vez cobran más fuerza la hospitalización de día y la cirugía sin ingresos, más resolutivas y eficientes. La cronificación de patologías y la evolución de la oncología con un mayor número de casos, junto con el envejecimiento y la disminución de la mortalidad, hacen necesario una nueva gestión y el uso mayor de la tecnología para terapias, exploraciones o diagnósticos. Además, se ha de



potenciar los cuidados de enfermería y la atención sociosanitaria a domicilio o en otros establecimientos.

El uso de medicamentos también se está modificando y aunque el gasto farmacéutico sigue aumentando, el porcentaje de recetas prescritas por principio activo alcanza en Andalucía el 93,62% del total (el más alto de España) lo que ha supuesto un ahorro, desde septiembre de 2001 hasta diciembre de 2012, de más de 533 millones de euros.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, ante esta situación, debería potenciar las actividades de prevención y promoción de la salud, la implantación local de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs), consolidar la gestión clínica como modelos clave de organización. Además, se han de crear comités locales, provinciales y autonómicos; sistemas de información integrados, usar y configurar nuevos canales de comunicación entre paciente y sistema sanitario; elaborar sistemas de gestión que fomenten y actualicen los indicadores de evaluación de los Planes integrales y de Estrategias, impulsar la escuela de pacientes y los autocuidados; fortalecer el papel de las enfermeras; trabajar de forma coordinada y con acuerdos con el área social (residencias); priorizar la atención a colectivos en periodos de la vida de especial relevancia; potenciar la participación ciudadana, y fomentar la docencia, la formación y la investigación .

## 2. SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

Desde hace bastantes años en Andalucía, al igual que en todos los países de la OCDE, el gasto sanitario ha crecido más rápidamente que el PIB. En paralelo, la reciente crisis económica ha provocado una fuerte caída de la recaudación fiscal, generando un alto déficit, siendo la sanitaria una de las principales partidas del gasto público. Además, la dificultad de financiar el déficit público en mercados exteriores ha acrecentado aún más el debate sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios.

Se hace, por tanto, necesario el establecimiento de medidas que garanticen la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo del Sistema Sanitario andaluz. Dichas medidas deben ir encaminadas a asegurar el equilibrio entre unos ingresos suficientes para la consecución de los objetivos exigibles al sistema sanitario y a la contención del gasto sanitario, con las expectativas de la ciudadanía.

### 2.1. Sobre los Ingresos

#### 2.1.1. Modelo de financiación del SSPA

Respecto a los ingresos, el primer factor a tener en cuenta es el modelo de financiación del SSPA actualmente derivado del Presupuesto de la Junta de Andalucía y condicionado por el modelo de financiación autonómica vigente.

De acuerdo con el modelo actual de financiación autonómica, las Comunidades Autónomas reciben una cantidad global para atender a todas las competencias transferidas (entre las

cuales se incluye la sanidad), y son los gobiernos de dichas CCAA los que deciden cuánto dinero se dedica a la Sanidad Pública, de acuerdo con sus propias prioridades y posibilidades de gasto, existiendo diferencias en éste de hasta más del 50% entre unas y otras.

Los ingresos de las CCAA destinados para la sanidad carecen de mecanismos de control para garantizar su posicionamiento concreto en los presupuestos sanitarios.

Por ello, y ante la incertidumbre sobre las necesidades de financiación asociada al SSPA derivadas de los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos, unidos al impacto de las innovaciones que se van incorporando al sistema, ya sea organizativas, tecnológicas, terapéuticas..., se propone la realización de un Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía, consistente en una estrategia a cuatro años que contendrá las líneas directrices de dicho Sistema durante el período de su vigencia, las necesidades de recursos humanos y materiales, las líneas estratégicas de formación, investigación e innovación, la financiación y los resultados en salud esperados. El mencionado Plan será aprobado por el Consejo de Gobierno y las cantidades previstas en dicho Plan deberán recogerse en el proyecto de Ley de Presupuesto anual correspondiente.

#### 2.1.2. La capacidad de autofinanciación del SSPA

De manera complementaria al modelo de financiación pública, el SSPA tiene capacidad de generación de ingresos adicionales, sin que de ello se derive a modelos basados en la gestión privada ni en el funcionamiento de mercado. La sanidad pública, universal y financiada con los impuestos generales y su propia capacidad de financiación, además de ser sostenible, es el modelo mayoritariamente aceptado -según Barómetro Fiscal 2011- por la población española.

Para ello, es fundamental prestar atención a los siguientes ámbitos:

- Derechos derivados de la Gestión del Conocimiento

Distintos estudios avalan que cada euro destinado a la inversión en I+D+i genera un valor añadido para el sistema sanitario cercano a 50 euros.

En este campo es importante avanzar en la **generación de ingresos a través de las patentes** obtenidas a través de la investigación e innovación sanitarias, así como en la incorporación de las innovaciones desarrolladas en los sectores productivos de la sociedad andaluza, para generar crecimiento económico y desarrollo social.

El SSPA orientará sus entes instrumentales de manera que impulsen su actividad a la maximización de estos ingresos de forma equilibrada con la debida producción de resultados en salud exigibles a su actividad.

Igualmente desarrollará los instrumentos necesarios para facilitar e incentivar a sus profesionales la labor investigadora, incorporándola dentro de las funciones y responsabilidades de sus profesionales, siempre dentro del marco legal regulador y el Código Ético establecido.



En la misma línea, se deberá avanzar en la **generación de retornos de inversión** de los desarrollos tecnológicos y las innovaciones realizadas por entidades del sector privado en el sector público, de acuerdo a lo previsto en la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014 sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE.

Se potenciará el establecimiento de **acuerdos de colaboración** con empresas y organizaciones de todos los sectores para la aplicación y aprovechamiento del conocimiento generado en el entorno del SSPA de manera que los beneficios derivados de la aplicación de dicho conocimiento -haya generado o no patentes- tenga su retorno en beneficio del propio Sistema.

En este sentido cabe recordar que en los últimos cuatro años se han firmado más de 60 contratos de licencia para la explotación de diseños y productos / servicios generados por investigadores del SSPA.

Además de la innegable importancia del SSPA como **motor económico y generador de empleo directo** con cerca de 100.000 personas en Andalucía, se debe tener en cuenta la importancia que la I+D+i supone para el empleo en la Sociedad andaluza, tanto por la generación del mismo y riqueza para sus trabajadores como para la Sociedad en su conjunto.

Se deberá velar para que las distintas iniciativas asociadas a la I+D+i generen oportunidades de empleo y, de manera complementaria, potenciando el beneficio directo para la sociedad andaluza.

▪ Acuerdos de colaboración con terceros

Se establecerán cauces para la formalización y mejora de los **sistemas de reconocimiento, control del derecho, registro, facturación y cobro de la atención sanitaria** prestada a ciudadanos y ciudadanas de Estados que se encuentran en el ámbito de aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social que incluyan la prestación sanitaria, potenciando la formalización de **acuerdos de colaboración** con aseguradoras y otros agentes que proveen atención sanitaria para el aprovechamiento de los recursos e instalaciones del SSPA, sin menoscabo de la atención sanitaria comprometida con la sociedad por el propio SSPA.

▪ Modelo de Organización sanitaria

No es cierto que los modelos basados en el funcionamiento del mercado sean más eficientes que los sistemas públicos, ni tampoco los modelos de Seguridad Social basados en cuotas. Está comprobado que países que gastan en la sanidad pública por habitante significativamente cantidades superiores (en %) a España no tienen mejores resultados ofreciendo, además, sistemas sanitarios más caros que el español (Alemania o Austria, por ejemplo) con costes de administración asociados superiores.

Experiencias en otras Comunidades españolas (como en otros países) que han avanzado en modelos de provisión de servicios asistenciales no financiados por fondos públicos, ponen de



manifiesto un alto endeudamiento de dichas comunidades, señalando distintos estudios que los costes pagados por los modelos PFI (iniciativa de financiación privada) en gran parte están sufragados por bancos que han tenido que ser reflatados con dinero público; a la vez estos bancos están recibiendo por los hospitales PFI intereses que se encuentran entre 2,01 y 1,68 veces más de lo que ellos pagan por el mismo dinero a los respectivos gobiernos. Por todo ello, el SSPA avanzará a un único modelo de provisión de servicios asistenciales financiados por fondos públicos.

Tampoco resultan más baratos los modelos basados en la gestión privada, tal como diversos estudios internacionales avalan, incluyendo a la propia OMS, a la vista de distintas iniciativas internacionales (valgan los ejemplos de Holanda o EEUU a modo de referencia).

Pero es que, además, la población española no quiere una gestión privada de la sanidad pública tal como evidencia el último barómetro fiscal que señalaba que sólo el 5 % de las personas encuestadas opinaban que la sanidad debía ser gestionada por la iniciativa privada. Por todo ello, el SSPA se suma a las iniciativas de la OMS promoviendo un **Sistema Sanitario Público**. Se trata de un Modelo de organización sanitaria que fomente la cohesión social y que pueda dar el conjunto de servicios que presta a un mejor precio, con mayor rentabilidad social y mejor generación de conocimiento e innovación.

En relación a los sistemas de copago, está comprobado que los países con sistemas de copago tienen un mayor gasto sanitario, siendo coincidentes los distintos estudios que se han realizado sobre los efectos del copago concluyendo que la eficacia en la contención del gasto sanitario es mínima o irrelevante. Las cuotas de participación son un impedimento de importancia en el acceso a los servicios para personas con menores recursos, que retrasan o impiden el uso de servicios sanitarios necesarios y que no se ha demostrado su capacidad para contener la demanda, que incluso, en algún caso se ha incrementado. Existe, además, un efecto rebote pues al realizarse menos visitas necesarias, se produce un empeoramiento de las enfermedades que acaban en ingresos que podrían haberse evitado.

Por todo ello, el SSPA no establecerá sistema alguno de copago de la asistencia dentro de su carácter de Sistema Público.

#### ▪ Potencial de generación de empleo

El principio de una sanidad gratuita no significa que no se pague por los servicios prestados, sino que éstos se paguen -principalmente- a través de nuestros impuestos, para lo que se hace necesario, entre otros aspectos, que la población lo aprecie y valore y esté dispuesta a pagar impuestos por él.

En este sentido es innegable que la sanidad pública es un motor económico y generador de empleo directo con cerca de 100.000 personas en Andalucía, lo que supone, a su vez, una importante aportación económica a través de sus impuestos.

Por todo ello, se articularán las medidas pertinentes para potenciar la generación de empleo directo e indirecto vinculado al SSPA



Un ejemplo de ello es la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia que ha generado en torno a 50.000 puestos de trabajo directos (atención residencial, centros de día, ayuda a domicilio,...) e incorporado la cotización a la seguridad social de unas 50.000 cuidadoras formales, mejorando además las condiciones de los trabajadores y trabajadoras del sector y de las personas cuidadoras en el entorno familiar.

Las proyecciones económicas, sociales, demográficas y epidemiológicas señalan un aumento progresivo de personas que requerirán servicios sociales y sanitarios, cuya provisión se velará para que siga siendo una fuente significativa de empleo en el futuro.

## 2.2. Asociado a los Costes

La misión de las organizaciones, bien sean de carácter público o privado es gestionar los recursos humanos, económicos, materiales y tecnológicos de manera que se alcance la máxima eficacia.

En el contexto de la presente Ley, deben identificarse aquellos aspectos asociados a los costes vinculados a estos conceptos para optimizar la gestión económica del propio SSPA. A saber:

### 2.2.1. Grado de utilización de los servicios sanitarios

#### ▪ Sanidad gratuita

El hecho de que los servicios del SSPA sean gratuitos y no se abonen en el momento del consumo, no significa que no se paguen, porque los sufragamos directamente con nuestros impuestos. Gratuitos significa que nadie quede excluido de la atención sanitaria independientemente de su capacidad económica, condición social, localidad de residencia o tipo de asistencia necesaria, porque es el conjunto de la sociedad quién financia los servicios solidariamente.

La gratuidad de acceso al sistema sanitario no genera una elevada utilización de los servicios en su concepto más amplio, constatándose que aunque hay una mayor utilización de las consultas en España (con respecto a los países de la UE), no ocurre así en el caso de la hospitalización que es bastante baja en nuestro país. En distintos estudios se pone de manifiesto este hecho al señalar que las barreras en el acceso hacen a los sistemas más costosos, porque si las personas se inhiben de acudir a sus profesionales de referencia en los primeros síntomas, no sólo tendremos peores resultados en salud, sino que el tratamiento global será mucho más caro y será mayor el coste social del proceso; sin contar las cargas burocráticas y los costes administrativos de gestionar estas barreras.

Por todo ello, el SSPA se define como un Sistema Sanitario público y gratuito.

#### ▪ Sanidad Universal

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental (reconocido en la Constitución española y en la Declaración universal de los Derechos Humanos) que el SSPA está obligado a garantizar para toda la ciudadanía. Negar la cobertura sanitaria es atentar contra los

Derechos humanos y especialmente contra los derechos adquiridos tras años de conquistas sociales, perjudicando no sólo a la población en riesgo de exclusión (inmigrantes en situación irregular o personas mayores de 26 años que no hayan cotizado, a modo de ejemplo) sino a toda la sociedad al cuestionar y atacar la cohesión social y la convivencia pacífica y democrática.

De igual manera, el concepto de universalidad de la salud aplicado en Andalucía no puede ser analizado con una perspectiva puramente económica, si bien existen diversos estudios que, fundamentados en el ahorro derivado de la prevención de la enfermedad en la atención sanitaria, respaldan aún más la decisión andaluza de atender a todas las personas, independientemente de su situación administrativa (con / sin papeles).

Vincular el crecimiento del gasto en salud a las personas extranjeras o que no cotizan a la seguridad social, muchas de ellas en riesgo de exclusión, contribuye a la desinformación y, lo que es más grave, alimenta un rechazo totalmente injustificado a este sector de la población aumentando el racismo institucional, social y la xenofobia, generándose nuevos factores de empobrecimiento y de exclusión social.

Por todo ello, el SSPA se define como un Sistema Sanitario Universal, cuya Misión debe ser el bienestar de toda la población, sin distinciones.

#### 2.2.2. Gasto sanitario

No puede decirse que el gasto sanitario español sea alto, siendo el gasto sanitario público notoriamente bajo. El crecimiento del gasto sanitario en España es moderado en relación con los países de su mismo nivel económico, estando la ratio de crecimiento de gasto sanitario total/público en España por encima de la recta de regresión de la de los países de la OCDE.

A su vez, Andalucía ha sabido mantener unos buenos resultados en salud y una amplia cartera de servicios con uno de los gastos sanitarios más bajos del país como ya se ha indicado anteriormente, evidenciando que la eficiencia de la gestión del SSPA puede competir con cualquier organización pública y/o privada en relación al valor de retorno de la inversión pública considerando la cartera de servicios ofertada, el potencial investigador, la tarea docente, el papel de referencia nacional e internacional, el despliegue de atención primaria y la penetración científica y social de sus profesionales.

En los distintos análisis e informes que se realicen en el contexto del SSPA sobre gasto público sanitario se deberá abordar no como un gasto sino como una inversión, incorporando los simples valores económicos con el valor de retorno asociado a dicho gasto / inversión.

Asimismo, se velará por la constante adecuación de la cartera de servicios del SSPA a las necesidades reales de la Sociedad, con un criterio de equilibrio y cohesión territorial.

#### 2.2.3. Utilización de Medicamentos

De acuerdo a las premisas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena prescripción farmacológica ha de ser *efectiva*, es decir, debe cumplir su objetivo modificando



el curso natural de la enfermedad y consiguiendo resultados en salud; *segura*, de forma que disminuya al máximo la aparición de efectos indeseables; *apropiada al caso*, mediante la reflexión personalizando su idoneidad en cada paciente; y *económica* de forma que, cumpliendo las premisas anteriores, contribuya al buen funcionamiento de un sistema de salud solidario y equitativo en la que los recursos son lógicamente limitados.

El coste asociado a la utilización de medicamentos constituye uno de los componentes más importante del gasto sanitario; hemos de considerar que el gasto farmacéutico en España es muy elevado (a la cabeza de la lista en la OCDE), si bien en Andalucía ya se están adoptando medidas encaminadas a la reducción del mismo, entre las que podemos destacar el fomento de la prescripción por principio activo, el establecimiento de precios de referencia, las políticas de promoción de los medicamentos genéricos, el control de prescripciones a través de las estrategias de uso adecuado del medicamento o el control del partenariado, sin perjuicio de la libertad de prescripción recogido en nuestro ordenamiento jurídico.

- Prescripción por principio activo

La prescripción por principio activo es una de las medidas reconocidas, promovidas y auspiciadas por organismos internacionales ya que conjuga una serie de ventajas para pacientes y profesionales. Entre sus beneficios está que facilita el reconocimiento del medicamento en las fuentes de información y su lugar en la terapéutica; ayuda a evitar errores en la prescripción y dispensación; contribuye al conocimiento de los medicamentos por los pacientes y a una utilización más segura; y, facilita la gestión de compras y de *stocks* de los servicios de farmacia de hospitales, atención primaria y oficinas de farmacia.

La prescripción de medicamentos y productos sanitarios en el SSPA es una realidad desde hace tiempo que deberá ser preservada mediante el marco normativo que lo regule de manera específica a la vez que sirva de base en el desarrollo de estrategias que garanticen además de la correcta Indicación, la Efectividad y Seguridad de los Medicamentos.

En este sentido, los biosimilares son productos con garantías de eficacia y seguridad y representan una oportunidad para la contención del gasto farmacéutico hospitalario, por lo que SSPA promoverá políticas sanitarias que refuercen el uso de biosimilares, siempre bajo las garantías de fármaco-vigilancia, eficacia, seguridad (no sólo generación de ahorro).

- Estrategias de uso alternativas terapéuticas equivalentes

Considerando las alternativas terapéuticas equivalentes (ATE), como el conjunto de fármacos que se pueden utilizar indistintamente para el tratamiento de la mayoría de los pacientes que presentan una condición clínica determinada, sin que a priori pueda esperarse un beneficio mayor y clínicamente relevante por la selección de uno u otro fármaco, es razonable y exigible utilizar el más ventajoso a nivel de gestión económica. Esta fórmula de gestión ampliamente utilizada ya en nuestra Comunidad Autónoma, ha permitido, sin disminuir la calidad, estimular la competencia y disminuir los costes de los tratamientos

Siendo cierto que hay diferencias menores entre los fármacos declarados ATE, pero que esas diferencias no se traducen en un beneficio relevante para la salud del paciente, hay que preguntarse cuánto cuestan, quién estaría dispuesto a pagarlas y por qué. Entre dos

alternativas que se presentan con similar balance beneficio/riesgo, es adecuado -y necesario- utilizar la de menor coste, sin perjuicio de que puedan darse excepciones justificadas en pacientes, o grupos de pacientes, específicos, validados por los sistemas de gobernanza clínica que existan en cada centro sanitario.

La gestión de ATE beneficia a la sanidad pública y a la ciudadanía, ya que evita gastos innecesarios. El SSPA potenciará la elaboración de guías para prescribir según la mejor evidencia científica disponible y también al menor coste posible para el paciente y la comunidad, lo que supone utilizar adecuadamente la capacidad de prescripción del profesional.

▪ Estrategias de uso adecuado de medicamentos

Asimismo, las estrategias dirigidas a mejorar la calidad en la prestación farmacéutica en las que el papel de médicos y médicas, farmacéuticos y farmacéuticas y otros profesionales sanitarios que realizan los procedimientos de la prescripción, dispensación y administración de fármacos tiene una importancia esencial.

En este ámbito, se promocionarán las actuaciones de impulso al uso adecuado de los medicamentos en las que el objetivo central sea que todos los ciudadanos y ciudadanas sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de eficacia, seguridad y eficiencia.

De manera concreta, se potenciará la información y formación a profesionales, independiente de la industria farmacéutica, de manera que se favorezca una utilización apropiada de los medicamentos, teniendo en cuenta que es el propio profesional quien traslada a la ciudadanía esa información en la que se pueden ocultar o minimizar efectos no deseados de los medicamentos o sobrevalorar su eficacia.

▪ Selección y Posicionamiento de medicamentos

Se establecerán las medidas pertinentes para que una parte de los medicamentos que se entregan en las farmacias andaluzas a los ciudadanos y ciudadanas que acudan con una receta por principio activo sean seleccionados por convocatoria pública, en vez de por la oficina de farmacia, potenciándose los sistemas de dispensación personalizados y seguimiento farmacoterapéutico.

De manera complementaria, se pondrán a disposición del SSPA las Guías farmacoterapéuticas unificadas resultantes del consenso clínico.

De esta manera, se garantizará la equidad en el acceso a los medicamentos, se reducirá la variabilidad de la práctica clínica, se apoyará el seguimiento de enfermedades relevantes y se aprovechará la economía de escala que supone seleccionar medicamentos para los millones de usuarios andaluces, optándose a bonificaciones por parte de la industria farmacéutica que repercuta en la sostenibilidad del sistema sanitario.

De esta forma, además, se garantiza que los ciudadanos y ciudadanas que utilizan estos fármacos, sobre todo personas mayores, tengan siempre acceso al mismo medicamento, con el mismo envase y la misma presentación, lo que facilitará su identificación y la adhesión



al tratamiento. El fármaco seleccionado deberá ser también el más eficiente para el sistema sanitario, puesto que con la misma eficacia y seguridad, ya que todos tienen el mismo principio activo, supone un menor coste.

Se velará para que esta medida no afecten al colectivo de oficinas de farmacia que deberán seguir obteniendo los mismos márgenes de beneficio con la venta, ( ni a la aportación que en su caso realicen los y las pacientes para retirar el fármaco.

- Modelos innovadores de contratos

De acuerdo a las premisas de la OMS, una buena prescripción farmacológica debe cumplir su objetivo modificando el curso natural de la enfermedad y consiguiendo resultados en salud, por lo que el SSPA fomentará el establecimiento de política de adquisición de medicamentos que redunden en los resultados en salud y desarrollando espacios colaborativos con proveedores en este sentido, como por ejemplo la adquisición de medicamentos por paciente controlado en lugar de por medicamento facilitado, estableciendo esquemas de acuerdo de riesgo compartido (a la consecución de objetivos terapéuticos previamente acordados, p. ej.). Adicionalmente y para reducir la incertidumbre presupuestaria en fármacos innovadores también se establecerán Acuerdos de Riesgo Compartido en sus modalidades financieras, como los techos de gasto por medicamento o por patología.

Para ello se hace necesario desarrollar en el SSPA el adecuado Cuadro de Mando que permita realizar la adecuada Monitorización de resultados al nivel que proceda y siempre dentro del consenso, tanto clínico como con la industria farmacéutica.

- Partenariado Institucional y Transparente

Dentro de las cuestiones a tener en cuenta respecto al gasto farmacéutico excesivo, destaca el escaso control sobre la estructura de costes de la industria farmacéutica que dedica una parte muy importante a labores de promoción y marketing como parte del partenariado establecido con el SSPA.

Para poder garantizar la adecuación de estas actuaciones, se desarrollarán sistemas de transparencia y publicidad de las subvenciones, ayudas e incentivos, concedidas por la industria farmacéutica, debiéndose incluir, en los procesos formativos de los profesionales sanitarios, aquellos aspectos que proceda relacionados con el marketing farmacéutico y sus impactos en los Grupos de interés del SSPA, garantizando el cumplimiento de la Ley de Transparencia de Andalucía (Ley 1/2014).

Asimismo, todos los compromisos adquiridos con la Industria farmacéutica, deberán ser conocidos y validados por los sistemas de gobernanza clínica que existan en cada centro sanitario, debiendo prevalecer el bien colectivo frente al individual.

Se regularán y supervisarán las relaciones de partenariado de los centros públicos con la industria farmacéutica y de aspectos tales como la publicidad de medicamentos, las visitas comerciales o las aportaciones de la industria.



#### 2.2.4. Práctica clínica e incorporación de tecnologías sanitarias

Según los datos que aporta la Federación de Asociaciones para la Defensa de la sanidad Pública, existe un consenso generalizado que en torno al 30% de la utilización tecnológica no está basada en ninguna evidencia científica y que en otro 30% de los casos es cuestionable. Por otro lado, distintos estudios coinciden en que el aumento de la población con más edad es una causa menor del crecimiento del gasto sanitario (5-20% del incremento), mientras que la utilización de tecnología se determina como el principal factor del crecimiento del gasto sanitario.

Otro elemento importante es la variabilidad de práctica clínica, que según diversos estudios se constata de forma importante no justificada por las diferencias en la prevalencia de las enfermedades.

Para disminuir la variabilidad de la práctica clínica se potenciará la progresiva implantación y evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) de manera que garantice la adecuación de la utilización de la tecnología y se avance en la aplicación de los procedimientos de evaluación de tecnologías terapéuticas que han demostrado ser efectivos a la evaluación de otras tecnologías, condicionando su incorporación al SSPA a los resultados de esta evaluación. Esta implantación de nuevos métodos, deberá realizarse con criterios de prudencia de manera que no se generen actividades sin valor añadido que consecuentemente, conllevarían costes de ineficiencia.

Los Procesos Asistenciales deberán estar basados, por tanto, en evidencias científicas sustentadas a su vez en guías de práctica clínica y evaluaciones de los instrumentos, técnicos y procedimientos clínicos en los que se desarrolla la atención sanitaria, de acuerdo o criterios de seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia y en base a su valoración ética, clínica, social y económica.

Dichos estudios deberán ser promovidos por los distintos Entes Instrumentales del propio SSPA y, en el caso de la investigación clínica con medicamentos, por instituciones independientes.

#### 2.2.5. Modelo de Gestión Clínica

A lo largo de la última década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha desarrollado uno de los modelos de gestión clínica más vanguardistas del Sistema Nacional de Salud. Este modelo de gestión ha convivido con el modelo tradicional de organización de los centros sanitarios, demostrando ser el marco más adecuado para atender las necesidades de salud, con un enfoque de atención centrada en la persona y con la implicación de todo el equipo profesional en la asistencia sanitaria.

Este modelo de gestión tiene entre sus fines asegurar la continuidad asistencial, facilitar la promoción integral de la salud y articular de forma eficaz en la práctica asistencial cotidiana los Planes Integrales, los Procesos Asistenciales Integrados y las Estrategias de Cuidados, al tiempo que velar por la Seguridad del Paciente en la práctica asistencial.

Se trata de un modelo organizativo horizontal basado en la asistencia multidisciplinar, corresponsable y con autonomía en la toma de decisiones. Con la implantación de este



modelo se ha avanzado desde un sistema piramidal y jerárquico, a un sistema reticular basado en la descentralización y en una confianza absoluta en los equipos profesionales.

Para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía es necesario continuar avanzando en la incorporación de esta cultura de corresponsabilidad de los profesionales en el control del gasto sanitario, al tiempo que es imprescindible adelgazar las estructuras administrativas simplificando las mismas y descentralizando la gestión al objeto de reducir sus costes y lograr la mayor eficacia.

La experiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía en los últimos años, demuestra que la mejor manera de lograr el objetivo de la sostenibilidad es dotar a los equipos profesionales de los niveles adecuados de autonomía y responsabilidad en la toma de sus decisiones clínicas y para ello, se hace preciso intensificar el desarrollo del modelo de Gestión Clínica consolidando la mejor experiencia acumulada hasta la fecha y concretando en su seno los valores de la organización.

Procede, en consecuencia, continuar introduciendo cambios en la organización de los servicios sanitarios con arreglo a los criterios que configuran la Gestión Clínica y en orden a conseguir un triple objetivo:

- Fomentar el incremento de la capacidad auto-organizativa de los profesionales para desarrollar niveles crecientes de autogestión de sus actividades clínicas y de salud pública, así como optimizar el uso de los recursos que utilizan, incorporando su corresponsabilidad a la gestión de los servicios sanitarios.
- Impulsar la agrupación funcional y eficiente de los y las profesionales -en tanto en cuanto generan conocimiento específico basado en evidencias sobre el coste-efectividad de las técnicas y los procedimientos clínicos- en nuevos modelos organizativos coherentes con niveles acreditados de calidad objetivamente medidos y reconocidos, reduciendo la variabilidad en la práctica clínica y en las intervenciones en salud pública.
- Conformar un marco óptimo para el máximo desarrollo y aplicación efectiva del conjunto de herramientas operativas y funcionales de carácter estratégico que el Sistema sanitario Público de Andalucía ha venido incorporando desde hace más de una década, especialmente en lo que se refiere a la gestión por competencias, los procesos asistenciales integrados y la acreditación de la calidad asistencial y no asistencial, adaptándolas a la composición específica de cada unidad y a las particulares circunstancias de cada momento.

Los criterios básicos para la implantación del modelo de Gestión Clínica están sustentados, entre otros, en 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, el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, y el Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, que incluye la figura de la Dirección de Unidades Clínicas.

### 2.2.6. Optimización de procesos

Las modernas estrategias de calidad han demostrado que para mejorar continuamente la calidad de los servicios o productos finales de una organización sanitaria, es necesario incidir en la mejora continua de todos los elementos que la configuran: las personas, los recursos, los modelos organizativos, etc.

En nuestra Comunidad Autónoma este enfoque, junto a la experiencia acumulada del trabajo realizado en los últimos años, justifica el abordaje y desarrollo de la estrategia de actualización tanto de los Procesos Asistenciales Integrados como de los Procesos de Soporte (desarrollan servicios no asistenciales), para ello el SSPA:

- velará para que los PAI continúen disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica - cada vez más compleja y especializada- y garanticen la continuidad de la asistencia y, sobre todo, para lograr que las ciudadanas y los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.
- potenciará el desarrollo de una Gestión por Procesos en los servicios de Soporte de manera que se facilite la implantación efectiva de los PAI al tiempo que dichos servicios de soporte se prestan en condiciones de eficacia, efectividad y eficiencia.
- orientará todas las estrategias expuestas a una mayor personalización de la atención sanitaria.
- enfatizará el cuidado necesario con la implantación de nuevos métodos, que en su organización y estructura pueden producir nuevos costes, fomentando lo ya implantado.

### 2.2.7. Alianzas estratégicas entre Centros asistenciales

El SSPA potenciará las sinergias derivadas de las alianzas estratégicas entre Centros asistenciales, de manera que se aprovechen conjuntamente los recursos propios de cada Centro y se proporcione un servicio más eficaz a la población, fomentándose una estrategia que implique colaborar en lugar de competir, equiparar en lugar de diferenciar y acercar en lugar de alejar.

### 2.2.8. Desarrollo del profesional

Los logros de la sanidad pública andaluza descansan en su capital humano: los y las profesionales. En el entorno del nuevo espacio compartido, no se concibe un Sistema Sanitario Sostenible sin el necesario fortalecimiento de las relaciones interprofesionales y la gestión de éstos orientados hacia la satisfacción de las necesidades del paciente.

Para ello se profundizará en el modelo de desarrollo profesional que fortalezca este marco, a través de planes específicos para:

- Ordenación del personal al servicio del SSPA

El SSPA contará con un registro centralizado y actualizado de personal que facilitará alcanzar un dimensionamiento adecuado de la plantilla de profesionales que desarrollan sus funciones en los centros e instituciones sanitarias del SSPA y, de cara al fomento de la



debida transparencia, el acceso público a la información relativa al número y condiciones de los y las profesionales que prestan su servicio en el mismo.

- Clasificación profesional y plantilla real efectiva

La plantilla real efectiva se configura como el instrumento principal de ordenación del personal en el SSPA y en ella debe constar la dotación numérica de efectivos, categorías y puestos de trabajo, así como los sistemas de provisión de los mismos.

Las plantillas reales efectivas de los centros asistenciales del SSPA serán objeto de revisión en base a las disponibilidades presupuestarias y las necesidades de salud de la población.

- Estabilidad en el empleo y procesos selectivos.

Los procedimientos de selección y provisión de puestos de trabajo dentro del SSPA, se regularán por normativa específica que tendrá en cuenta la singularidad del ámbito Sanitario y los requisitos de transparencia exigibles.

Las convocatorias de selección de personal fijo tendrán carácter periódico y serán formalizadas con la secuencia que permita la resolución de los referidos concursos oposición y de traslados.

- Promoción, Desarrollo profesional y Carrera

El SSPA mantendrá un Modelo de Desarrollo de la Carrera Profesional basado en las "Competencias", de manera que se evalúe el nivel de desarrollo de las competencias esenciales para el desempeño de los puestos de trabajo, junto a los resultados asistenciales de la práctica diaria, y unido a otros méritos como la formación continuada, la docencia o la investigación, entre otros que se establezcan.

- Ordenación de la actividad de carácter formativo

Constituye uno de los objetivos del SSPA alcanzar la excelencia docente de alumnado de profesiones sanitarias y de especialistas de ciencias de la salud, incorporando las mejores prácticas de los diferentes centros e instituciones, fortaleciendo las relaciones con los agentes implicados y logrando la continuidad en el desarrollo formativo del alumnado como futuros especialistas, coordinando las docencias de pregrado y postgrado. Para ello, deberá existir un Plan de excelencia en la formación sanitaria especializada que articule, coordine, impulse y ejecute iniciativas encaminadas a mejorar el aprendizaje de los futuros especialistas.

- Medidas de conciliación de la vida laboral y familiar

El SSPA facilitará la conciliación de la vida familiar y laboral mediante la implantación de políticas y estrategias específicas para tal fin, tales como el acceso a jornadas u horarios flexibles compatibles con la organización del trabajo y con las cargas asistenciales.



- Medidas en el ámbito de la seguridad y salud laboral

El SSPA integrará la prevención de riesgos laborales en la gestión general de sus organismos, adoptando las medidas necesarias para garantizar un entorno de trabajo saludable, la mejora continua de las condiciones de trabajo, la prevención de los riesgos y la vigilancia de la salud del profesional.

- Velar por la igualdad de oportunidades

Velar por la igualdad de oportunidades en el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha de constituir uno de los principios que presidan la acción diaria en el mismo. Ello exigirá cuidar aquellos aspectos cualitativos que aporten garantías a la igualdad de oportunidades, y permitan profundizar en ella.

El SSPA mantendrá actualizado un Plan específico de Igualdad de Oportunidades como consecuencia del Diagnóstico de Igualdad realizado periódicamente para garantizar su adecuación a la realidad andaluza de cada momento. Dicho Plan deberá contener de manera específica los aspectos relacionados con la Igualdad de género.

Las actuaciones asociadas a dicho Plan deberán ser consolidadas en el SSPA a través del Desarrollo e Implantación de un Sistema de Gestión de la Igualdad de Oportunidades

#### 2.2.9. Deuda pública

Dentro de la contención debida del gasto público del SSPA, Andalucía es una de las Comunidades Autónomas que menos se ha endeudado en los últimos años, lo que es la base para establecer una financiación suficiente dentro de unos Presupuestos coherentes con la decisión política de priorizar los servicios públicos para así garantizar los derechos sociales y el estado de bienestar asociado.

Por todo ello, el déficit del SSPA deberá ser analizado en el contexto comentado en el apartado 2.1., estableciéndose las medidas de ajuste para la contención del déficit ya abordadas en distintos epígrafes de la presente Ley, tales como el modelo de financiación, el gasto farmacéutico o el aprovechamiento de sinergias en los procesos de compra, evidenciando que no es cierto que a mayor inversión social se produce un mayor déficit, en términos de sostenibilidad.

#### 2.2.10. Optimización Procesos de Compra

El Modelo de Compras del SSPA debe entenderse y aplicarse como un elemento dinámico y extensivo en su uso y aplicación a todos los Centros Sanitarios de Andalucía, que garantice la regularización de la oferta y la demanda al tiempo que ofrezca a los profesionales todas las herramientas corporativas para realizar dicho proceso. Sustentado todo ello, por tres nociones fundamentales:

- El protagonismo de los profesionales, orientado a identificar y satisfacer las necesidades de los mismos, en congregar y hacer valer sus conocimientos y sus capacidades técnicas para la evaluación de productos.



- La colaboración y comunicación permanente con las empresas proveedoras, facilitando el conocimiento y la difusión de los productos ofertados.
- El uso permanente de las últimas tecnologías de la información y de las comunicaciones como instrumentos de gestión que pretenden alcanzar más eficacia y eficiencia en la gestión económica.

Las Líneas estratégicas en las que debe basarse esta sostenibilidad son:

- Constitución de Plataformas Provinciales de Logística Integral

Mediante la agregación de las fases del proceso logístico y la constitución de Plataformas Provinciales de Logística Integral, se garantiza:

- Mejorar los precios de compra y condiciones generales.
- Impulsar la modernización de los almacenes y de los mecanismos de distribución.
- Reducción del número de actos administrativos: Expedientes, Pedidos, Albaranes, Facturas, Propuestas de pago. Reduciendo burocracia al simplificar procedimientos en sintonía con la propuesta de las directivas Europeas.
- Uso adecuado de los productos sanitarios, homogeneizando los productos a adquirir, ante el necesario consenso en el consumo y con el establecimiento de pactos de consumo
- Organización de los procesos de compra

Mediante la Organización de los procesos de compra, se garantiza el establecimiento de un Catálogo unificado de productos y servicios, la normalización de la contratación administrativa y el desarrollo de un Plan Integral de Contratación Administrativa.

- Implicación del profesional

Este Modelo de optimización de procesos de Compras promueve la participación activa de los y las profesionales y su corresponsabilidad en la sostenibilidad económica, buscando su implicación en los Acuerdos de Consumo necesarios, las Comisiones técnicas Provinciales Regionales y la participación en grupos de trabajo

- Desarrollo de plataformas electrónicas de compra

El Desarrollo e implantación de un sistema informático asociado a los procesos de compra garantiza la redefinición de todo el proceso logístico realizado por un grupo de expertos de nuestros centros, la Implantación de una gestión por procesos, incorporando las mejores prácticas del sistema y optimizando cada uno de sus desarrollos y, por último, asegura la disponibilidad de una Información centralizada y estandarizada, compartida por todos los elementos de la cadena logística.

▪ Contratos de riesgo compartido

El SSPA debe fomentar la introducción de modelos de relación entre el propio Sistema Público y sus proveedores a través de la transferencia de riesgo y riesgo compartido que equilibren la relación entre inversión y naturaleza de la relación con la incertidumbre (riesgo, tiempo y resultados esperados) entre las partes.

Este tipo de modelos considera los riesgos que asume el proveedor (utilización, efectividad, resultados e impactos de la tecnología terapéutica introducida) y el riesgo que asume la Administración de cautiverio por parte del proveedor. En los últimos 20 años se ha producido una progresiva transferencia de riesgo hacia los proveedores de asistencia sanitaria desde la financiación del presupuesto, el presupuesto corregido por actividad, la financiación por casemix hasta la financiación capitativa que redundan en beneficio de la sostenibilidad del Sistema.

2.2.11. Prevención y Promoción de la salud

Es previsible que en los próximos años el gasto en salud se vea incrementado por la evolución de la pirámide demográfica y el efecto de las enfermedades crónicas. Igualmente se debe tener en cuenta la relación entre la salud de las personas y un buen número de circunstancias que no siempre están bajo su control, como el medio social en el que se desenvuelven o el entorno socioeconómico en el que desarrollan su trabajo.

Por tanto se hace necesario profundizar en los cimientos que construyen esa salud, con el objetivo de afianzarla sólidamente como valor capital de la sociedad en la que viven y a la que sirven, de manera que se minimicen los factores de riesgo modificables mediante programas y proyectos dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades que sean efectivos y basados en la evidencia científica.

El SSPA incentivará el desarrollo de programas y proyectos de promoción de la salud en los diferentes entornos sociales directamente relacionados con el estado de bienestar (educativo, sanitario, comunitario y laboral, principalmente).

2.2.12. Coordinación e Integración de los servicios sociales y sanitarios.

El SSPA concibe el desarrollo de la coordinación de servicios sociales y sanitarios con un modelo universal, orientado a facilitar la realización del proyecto vital de cada persona, contando con su entorno más próximo. Este modelo determina que el sujeto y protagonista de la acción es la persona y su entorno de convivencia, y que esta persona puede ser susceptible o no de necesitar apoyos para la realización de su proyecto de vida. Cuando la persona se ve afectada por una adversidad debe contar con la capacidad operativa de otros apoyos y recursos que se encuentran en su entorno, no sólo de los servicios que se prestan desde el sector público.

La coordinación de servicios sociales y sanitarios debe contribuir especialmente a la prevención y atención de condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social; a la prevención y atención de las condiciones sociales que pueden deteriorar la salud; a la prevención y atención de las situaciones de dependencia y fragilidad, así como a la

potenciación de las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar y afrontar la vida cotidiana, con independencia de la edad o la discapacidad.

Los servicios públicos en general -y de manera particular el SSPA- deben mantener un papel esencialmente de apoyo, decisivo en determinadas situaciones, pero no siempre determinante garantizando los siguientes aspectos clave:

- La función reguladora y de tutela

En cuanto a la función reguladora y de tutela, el SSPA avanzará en la integración en la cúpula de los dos sistemas, el social y el sanitario, construyendo órganos conjuntos para la definición de políticas coordinadas en los distintos niveles de responsabilidad y reconociendo la atención social como un derecho subjetivo.

- La Financiación

La financiación es un elemento clave en la coordinación de servicios sociales y sanitarios. La falta de presupuestos conjuntos y las diferencias respecto a la financiación de la atención sanitaria y los servicios sociales son barreras a la integración de los servicios. Los presupuestos compartidos y su gestión desde un único agente son incentivos para el trabajo conjunto, mientras que los presupuestos asignados de forma separada para cada uno de los sectores (social y sanitario) junto con los mecanismos de mercado competitivo dividen en lugar de crear sinergias. Por tanto, es necesario que el SSPA avance en la integración de los presupuestos y el establecimiento de mecanismos de financiación y flujos financieros que incentiven la coordinación.

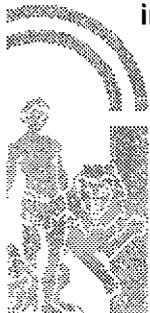
- La Generación de servicios

El SSPA trabajará por la articulación de una red de agentes y proveedores, en la que la ciudadanía tenga el papel protagonista y los servicios públicos un rol de coordinación que garantice la universalidad, equidad y calidad en la provisión de los servicios de apoyo a las necesidades de cada persona en su entorno más próximo.

Este modelo de funcionamiento en red necesita un marco normativo que fije los mecanismos de coordinación y espacios concretos para obtener la mejor sinergia de todos los actores presentes en el territorio.

- La Provisión de servicios

Los retos a abordar por el SSPA en la provisión de los servicios y el desarrollo del modelo estarán orientados a garantizar la definición de los perfiles de necesidad, la definición de paquetes de servicios integrados, el desarrollo de instrumentos comunes para la valoración de las necesidades y el diseño de los planes de atención, y la integración de sistemas de información.



### 3. SOSTENIBILIDAD SOCIAL

Complementando lo establecido en la Ley de Salud de Andalucía, el Sistema Sanitario Público de Andalucía no se concibe sólo como *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 la atención sanitaria*, sino que la Sociedad le exige una clara orientación al logro de un conjunto equilibrado de resultados en todos sus ámbitos de influencia.

Este conjunto equilibrado de resultados debe abordarse con una perspectiva amplia, asumiendo que dichos compromisos no son sólo asumidos con la ciudadanía -destinataria de sus actividades- sino que estos compromisos forman parte del Contrato Social constituido con todos sus Grupos de Interés.

Se hace, por tanto, necesario abordar la Ley de Garantía y Sostenibilidad del SSPA incorporando un Eje de Sostenibilidad Social que garantice el cumplimiento de los compromisos con sus Grupos de Interés. Estos compromisos vienen especificados por el conjunto de Valores que el propio SSPA identifica como inherentes y definitorios del propio Sistema y que por tanto debe garantizar.

Los Valores que el SSPA asume como propios son los siguientes (en orden alfabético):

#### 3.1. Diálogo

Diálogo, entendido como una forma de relación con todos sus Grupos de Interés, basado en la interlocución con todos los actores que participan en el mantenimiento y fortalecimiento de todas las políticas.

Se deberán establecer sistemáticas estables que garanticen el diálogo continuo y fluido con los respectivos Grupos de Interés del SSPA, de manera que se garantice que se conocen y se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de cada uno de ellos, debiéndose explicitar los acuerdos asumidos en los correspondientes documentos contractuales que procedan (Contratos Programas a cumplir por los distintos Organismos que componen el SSPA, a modo de ejemplo).

Esta sistemática deberá estar sustentada -además- por las pertinentes herramientas para facilitar dicho Diálogo así como la definición clara de las funciones y responsabilidad de los interlocutores designados en cada caso.

#### 3.2. Eficiencia

De manera que se garanticen los resultados esperados al menor coste posible, más allá de la vertiente puramente económico-financiera, por lo que se deberá asumir teniendo en cuenta la relación con cada Grupo de Interés:

- Para las personas destinatarias de los distintos servicios del SSPA se garantizarán los Resultados en salud, no permitiendo que aspectos puramente económicos pongan en duda que la asistencia sanitaria recibida sea la más adecuada.
- Para ello se hace necesario que el SSPA garantice la eficiencia de sus Procesos - Asistenciales y de Soporte-, una vez garantizada su eficacia a través de las evidencias científicas disponibles y la evaluación de las tecnologías sanitarias aplicables.
- Asimismo, se deberá potenciar que los Organismos dependientes del SSPA encargados de esta misión orienten su gestión hacia estos logros.
- Para los y las profesionales del SSPA, se deberán establecer las políticas y estrategias que maximicen la productividad de los mismos, desarrollando asimismo itinerarios profesionales que potencien la capacidad de dichos profesionales (independientemente de su categoría profesional e incorporando estos criterios tanto en su desarrollo competencial como en la correspondiente evaluación de su desempeño.
- Para los proveedores del SSPA, debiendo garantizar que el propio proceso de adquisición de bienes / servicios se realiza de forma eficiente, tal como hasta ahora se viene realizando a través de las Plataformas centralizadas de Compras, y estableciendo los mecanismos para garantizar que las distintas experiencias de estos procesos es compartida por todas las partes implicadas y analizada adecuadamente para la identificación de oportunidades de mejora en próximos procesos de compra.
- Igualmente, el SSPA deberá establecer mecanismos que, dentro del marco legal, incorporen las oportunidades de mejora manifestadas por los proveedores de bienes y servicio tanto en los procesos de compra como en los ítems sujetos a la compra, de manera que se incremente la eficiencia del proceso a través de sus aportaciones.
- Para los distintos Organismos a los que el SSPA reporta resultados , el SSPA deberá trasladar adecuadamente los esfuerzos realizados en este campo de cara a que la Sociedad en su conjunto, y los Organismo que la representan de manera concreta, conozcan y valoren las actuaciones y logros conseguidos.
- Para el resto de Instituciones con las que el SSPA interactúa, se deberán establecer mecanismos estables que garanticen que las interfases del Sistema con cada uno de estos Organismos alcanza las cotas de eficiencia exigidas para el resto del Sistema, siempre teniendo en cuenta que al tratarse de Organismos no dependientes del SSPA la construcción de este escenario de eficiencia debe realizarse a partir del Diálogo y el consenso.

### 3.3. Equidad

Garantizando el uso efectivo de los servicios y recursos disponibles en el SSPA sin discriminaciones por razón de género, procedencia, edad, cultura, identidad, posición social orientación sexual, capacidad funcional o cualquier otro tipo.

Para las personas destinatarias de los distintos servicios del SSPA, se garantizará la prestación de los servicios de salud de una forma igualitaria, con independencia del lugar

geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión, atendiendo y promoviendo la salud de toda la población.

- De manera concreta se asume la equidad en la accesibilidad a la atención sanitaria desde igual acceso a la atención disponible para igual necesidad, de igual utilización para igual necesidad y de igual calidad para todos.
- Para los y las profesionales del SSPA se establecerán los medios que garanticen la igualdad de oportunidades para todos sus profesionales. Estas medidas tendrán que estar basadas en un diagnóstico objetivo e independiente de la situación actual de manera que permita establecer tanto un Plan de actuación concreto que garantice la no discriminación y la igualdad de oportunidades de los profesionales del SSPA como una sistemática estable que garantice que dichas actuaciones de no discriminación e igualdad de oportunidades se mantienen estables en el tiempo.
- Para los proveedores del SSPA, incorporando en los procesos de relación con los distintos colaboradores los mecanismos pertinentes de control que garanticen que tanto el proceso de compra como en la prestación de los servicios subcontratados se realizan salvaguardando el principio de equidad

#### **3.4. Fiabilidad**

El SSPA apuesta por la fiabilidad del sistema por lo que se potenciará la práctica basada en la evidencia, que garantiza se obtengan los mejores resultados en salud.

Los Grupos de Interés, y de manera específica la ciudadanía, aprecia la calidad de los servicios y la fiabilidad que da saber que un sistema público sustenta sus decisiones no en elementos basados en el beneficio económico, sino en la evidencia y el saber científico.

#### **3.5. Gestión Socialmente Responsable**

De manera que se asuma la responsabilidad ante los impactos que las decisiones y actuaciones del SSPA ocasionan en su entorno, la sociedad y el medio ambiente y asumiendo a su vez los principios básicos de la responsabilidad social: rendición de cuentas, transparencia, comportamiento ético, respeto a los intereses de sus grupos de interés, respeto al principio de legalidad, respeto a la normativa internacional de comportamiento y respeto a los derechos humanos.

Para ello se deberá establecer un Plan de Responsabilidad Social que garantice que los principios de Responsabilidad Social son incorporados en la cadena de valor del propio SSPA.

Asimismo, se establecerá un Código ético coherente con los Valores del SSPA que será suscrito por todos los Directivos y cargos públicos con responsabilidad en la Gestión del Sistema, y en donde, además de regular los criterios que deben regir su comportamiento como gestor socialmente responsable, se regularán las incompatibilidades asociadas a cada función y se asumirá y exigirá la responsabilidad derivada de una mala gestión cuando se demuestren daños.



**3.6. Globalidad**

Vivimos cada vez más en un mundo más global en el que por un lado se refuerza la aproximación de la lucha contra la enfermedad, pero por otro se amplía el concepto de salud incorporando las nociones de calidad de vida, resultando en nuevas demandas orientadas más allá que a la mera ausencia de enfermedad y una vertiginosa configuración de una sociedad global con rápidos flujos de información y personas que acentúa la transmisión global y el impacto de las enfermedades; el aumento de la facilidad para obtener y transmitir información a través de Internet, que resulta en una ciudadanía con más conocimientos y más propensa al auto cuidado,

- Para las personas destinatarias de los distintos servicios del SSPA, nos encontramos en un contexto cada vez más global, con una reducción de fronteras, no solo geográficas sino también de tipo social y cultural, organizativos, tecnológicos y políticos están suponiendo nuevos retos para garantizar el Estado del Bienestar al que está orientado el SSPA. El SSPA deberá desarrollar mecanismos para gestionar este nuevo espacio compartido que trasciende la tradicional asistencia sanitaria presencial adecuando las necesidades y expectativas de la ciudadanía y los profesionales a la realidad actual en la que desarrolla su actividad.
- Para los y las profesionales del SSPA el reto consiste en aprovechar esta oportunidad y utilizar la globalización como instrumento para la mejora de la calidad y de la competencia profesional, debiéndose incorporar mecanismos que garanticen la actualización periódica de las competencias profesionales necesarias para atender una Sociedad cambiante como la actual.
- Estos mecanismos deben tener en cuenta el intercambio de profesionales, tanto en proceso de formación como en el desarrollo de su ejercicio profesional como catalizador de la generación y transmisión de conocimiento
- Para los proveedores y resto de Organizaciones colaboradoras con el SSPA, esta globalización permite aprovechar al máximo las experiencias exitosas en otros contextos y las sinergias que se generen, incluso más allá del propio sistema sanitario.

Con carácter general, el SSPA desarrollará las herramientas necesarias para el posicionamiento del SSPA en la denominada Aldea Global y el desarrollo de alianzas con otros profesionales, Organismos y Autoridades Sanitarias, Empresas y otro tipo de organizaciones colaboradoras, en cualquier medida, con el SSPA, para poder incorporar las mejoras prácticas aplicables en la realidad andaluza y, a su vez, poder trasladar más allá de nuestras fronteras la excelencia de nuestro sistema sanitario para el aprovechamiento que de nuestra experiencia se pudiera realizar.

De manera particular, desarrollará Planes específicos para el aprovechamiento de las posibilidades de las TIC.

**3.7. Gobierno Abierto**

En el tiempo nuevo en el cual nos encontramos, el gobernar para la ciudadanía debe ser sustituido por el gobernar con la ciudadanía , lo que debe llevar consigo una evolución de



nuestro sistema democrático de convivencia y valores basada en el establecimiento de mecanismos para la transparencia de los Gobiernos así como de espacios permanentes de colaboración y participación de la ciudadanía.

Desde el SSPA se desarrollarán los mecanismos para conseguir que esta evolución se consiga de manera equilibrada en la relación con todos sus Grupos de Interés, incorporando cambios en la forma de entender el espacio compartido del SSPA con sus Grupos de Interés:

- *Cambio Cultural:* es imprescindible entender cuál es la misión del SSPA y de todos los profesionales que trabajan en él. Desde hace tiempo, el SSPA ha definido que la ciudadanía debe ser el eje del sistema sanitario (ej. Plan de Calidad ó Plan de Salud) y como tal debe estar en el centro de la gestión. Se articularán las correspondientes medidas para seguir potenciando este hecho tanto en la forma de hacer las cosas como en las actitudes de sus profesionales.
- *Cambio en los procesos:* se debe realizar una continua revisión y evaluación de los distintos procesos vinculados con la atención a la ciudadanía (Procesos Asistenciales Integrados, Planes Integrales, Procesos de Soporte, etc.), de manera que se garantice que realmente aportan el valor deseado.
- *Cambio en la organización:* potenciando la organización de los distintos Organismos que componen el SSPA de manera que se orienten hacia la sostenibilidad, la aportación de valor a los Grupos de Interés y la consecución de resultados equilibrados en los mismos.
- *Cambio en las formas de relación:* impulsando y facilitando la participación, colaboración y confianza de la ciudadanía. Para potenciar este cambio, se integrarán todas las tecnologías posibles -principalmente las TIC- que faciliten la relación, participación y colaboración de la ciudadanía, de manera que se incremente el valor añadido aportado por todas las partes implicadas.

Para facilitar la implementación de estos cambios, el SSPA orientará hacia la consecución de los siguientes objetivos:

- Incorporar la dimensión "abierto" de forma sistemática a las políticas públicas
- Conseguir que la participación ciudadana esté bien diseñada
- Aclarar cuál es el papel de la ciudadanía en el proceso
- Establecer un contrato claro con los grupos de interés internos y externos

### 3.8. Participación

La Organización Mundial de la Salud insta a los/las pacientes a una participación tanto individual como colectiva en la salud, reiterando la importancia de la participación tanto en los procesos de salud individuales como de ámbito colectivo y en contextos locales y regionales.



Desde esa perspectiva, se ha desarrollado en España y en Andalucía, la autonomía del paciente y los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, con «el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen».

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

Por tanto, se sitúa la Participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo y evaluación de las políticas sanitarias, prestando especial atención a la igualdad de oportunidades en cada uno de los Grupos de Interés.

El enfoque de participación perseguido debe potenciar enfoques en red, huyendo de enfoques individuales con cada uno de los Grupos de Interés para abordar un enfoque en que cada Grupo conozca y asuma las necesidades y expectativas del resto de Grupos para así poder conseguir que la participación generen resultados equilibrados en el conjunto de agentes implicados.

La estrategia de participación debe ir más allá de la simple presencia, profundizando en mecanismos que favorezcan la evaluación participativa de las políticas desarrolladas.

- Para las personas destinatarias de los distintos servicios del SSPA, se desarrollarán esquemas para incorporar la participación efectiva de la ciudadanía tanto a nivel de las UGC como en la gestión de los centros sanitarios, de manera que se profundice en la participación desde los enfoques de promoción de salud y de gobernanza.
- Para la participación de los profesionales del SSPA se debe mantener la interlocución fluida con estos y los representantes de los trabajadores dentro del marco legal existente de manera que se aborden todos los temas relacionados con este Grupo de Interés de una forma bidireccional: tanto para analizar sus necesidades y expectativas como para trasladarles las necesidades y expectativas de otros Grupos de Interés relacionados.
- Para los proveedores del SSPA se potenciarán los mecanismos de participación para que los mismos aporten la visión de este Grupo de Interés, no ya sólo en la relación comercial directa sino como fuente de generación y aprovechamiento del conocimiento asociado.
- Para el resto de Organismos e Instituciones con los que el SSPA interactúa se deberá asegurar que como consecuencia del proceso de Diálogo mantenido, éste es completado con los mecanismos de participación en la toma de decisiones en el grado que proceda.

En definitiva, estimamos que la ciudadanía puede contribuir en el contexto de salud en el que nos situamos, en la prestación de los servicios, en la investigación y en las decisiones que se tomen. La participación ciudadana en el SSPA es un instrumento útil, válido y necesario para avanzar y mejorar, y es fundamental para la sostenibilidad y garantía de nuestro sistema sanitario.



Asimismo entendemos que la participación representa una verdadera oportunidad para la disminución de las desigualdades en salud, favoreciendo la accesibilidad, desplazando poder a la ciudadanía y a los pacientes, estableciendo alianzas con otros actores y articulando un sistema de gobernanza que garantice una buena administración de los servicios.

### 3.9. Solidaridad

Este valor de Solidaridad trasciende los aspectos puramente sanitarios y se mantiene como un pilar del Diálogo Social entre la Junta de Andalucía y los Agentes Sociales e implica la asunción por parte del SSPA de la responsabilidad de orientar sus actuaciones a favorecer la cohesión social mediante la aplicación de políticas públicas dirigidas a la erradicación de la marginación y la desigualdad en Andalucía.

Esta filosofía, debe asegurar el establecimiento de medidas para considerar a la ciudadanía andaluza -principalmente- y al resto de Grupos de Interés del Sistema como sujetos activos de la sociedad, debiéndose desarrollar actuaciones con clara vocación insertora en el seno de las de carácter puramente asistencial.

Se debe reforzar la solidaridad del SSPA garantizando y acercando la asistencia sanitaria a toda la ciudadanía en todos los puntos de la Comunidad Autónoma, independientemente del número de población que se atienda y en consecuencia, de su eficiencia; mantener consultorios y puntos de urgencias en localidades con poca población, desde el mero punto de vista económico, puede ser ineficiente, pero es una de las grandezas de la sanidad pública que requiere de un reparto solidario de los presupuestos así como de un plus redistributivo de la riqueza.

Este planteamiento incide de manera directa -de igual manera- en la relación del SSPA con el resto de Organismos institucionales con los que deben establecerse acuerdos de colaboración para que el desarrollo de programas específicos orientados al mantenimiento del estado del Bienestar y el nivel de salud de la ciudadanía se realice siempre incorporando la Solidaridad como un referente (Planes específicos de Salud Ambiental, de Obesidad Infantil, de Tabaquismo de Andalucía, de Diabetes, de Salud Mental, de cardiopatías, de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada etc.).

### 3.10. Trabajo Integral y Coordinado

La gestión del SSPA en sus diferentes niveles / facetas debe estar basada en un trabajo integral y coordinado en los ámbitos de la igualdad, la sanidad, los servicios sociales y la dependencia. Una atención integrada bajo ningún concepto tiene por qué implicar que las diferentes bases fundamentales de los sistemas públicos se diluyan de sus competencias. Difícilmente se podrá atender eficazmente los problemas de salud de las personas si ignoramos cuál es su situación socioeconómica.

Entre los propios centros asistenciales del SSPA, el objetivo debe ser conseguir al mismo tiempo ser más eficientes en el uso de los recursos, mejorar la oferta asistencial, acercar los servicios a la población y la puesta en marcha de plataformas comunes para la realización de actividades conjuntas, consiguiendo de esta forma, y a modo de ejemplo:

- Mejorar la cartera de servicios actuales de los centros asistenciales.

- Fomentar y promover el desarrollo profesional de los profesionales que realizan su actividad en distintos centros asistenciales, dando respuesta a los cambios en la demanda asistencial y a la emergencia de nuevos conocimientos
- Mejorar en la eficiencia
- Mejorar los tiempos de respuesta
- Promover actividades de investigación y docencia.

Así mismo, se deberán desarrollar espacios de coordinación de los servicios sociales y sanitarios en:

- la prevención y atención de condiciones de salud que pueden deteriorar la situación social
- la prevención y atención de las condiciones sociales que pueden deteriorar la salud
- la prevención y atención de las situaciones de desigualdad, dependencia y fragilidad
- la potenciación de las capacidades personales y sociales para alcanzar el bienestar de las personas.

### 3.11. Transparencia

El SSPA desarrollará su estrategia para asegurar la Transparencia en todas las actuaciones, en el cumplimiento de la exigencia de una sociedad en continuo desarrollo que facilita el avance democrático, la participación de la ciudadanía y la evaluación de las políticas públicas a la vez que establece un vínculo de calidad con la ciudadanía.

Para ello, y de forma consecuente con la Ley 1/2014 de Transparencia Pública de Andalucía, articulará los mecanismos para:

- La puesta a disposición de los Grupos de Interés de aquella información relevante en relación no sólo a los aspectos institucionales, presupuestarios y organizativos, sino también a los aspectos pertinentes derivados de la actuación sanitaria, tales como los tiempos medios de respuesta para intervenciones quirúrgicas, consultas o pruebas diagnósticas por especialidades para cada hospital, así como plazos de respuesta asistencial o resultados en satisfacción de los usuarios
- El acceso a la información pública pertinente, no ya de una manera puntual sino estableciendo los mecanismo que aseguren que este acceso se realiza de acuerdo a un procedimiento de actuación regulado y ágil, convirtiendo este acceso en un derecho de los Grupos de Interés.

### 3.12. Universalidad

El SSPA garantizará el derecho de acceso a los servicios y recursos para todas las personas como herramienta de generación y redistribución de riqueza, en donde los que más tienen comparten la misma tecnología que los que menos tienen, porque ambos, en su calidad de

ciudadanía merecen la misma atención por parte de la Sociedad en la consecución del bienestar de la población, sin distinciones.

De igual manera, el concepto de universalidad de la salud aplicado en Andalucía no puede ser analizado con una perspectiva puramente económica, si bien existen diversos estudios que, fundamentados en el ahorro derivado de la prevención de la atención sanitaria, respaldan aún más la decisión andaluza de atender a todas las personas, independientemente de su situación administrativa.

Por ello, es importante que la universalidad se refuerce como una medida de sostenibilidad social en el marco de los principios rectores del sistema sanitario y también como medida de su eficiencia, evitando consecuencias de la denegación de la asistencia sanitaria, tales como el agravamiento de los problemas de salud como resultado del retraso en la atención médica y la aparición de problemas de salud pública derivados de la falta de atención a quienes padecen enfermedades infectocontagiosas, o las consecuencias de la pérdida de la continuidad asistencial.

#### **4. SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL**

Según la Organización Mundial de la Salud, los factores ambientales son responsables del 24% de la morbilidad mundial y del 23% de la mortalidad. El objetivo de la Medicina ha sido, y es, salvar vidas y prevenir la enfermedad, por consiguiente, debe ser su prioridad intentar frenar estos porcentajes, comenzando por hacer frente a una importante amenaza para la salud, que modifica la manera en que debemos considerar la protección de las poblaciones: el Cambio Climático.

Consecuencias de este cambio climático como fenómenos meteorológicos catastróficos, variabilidad en la distribución de los brotes de enfermedades infecciosas o la proliferación de enfermedades emergentes, por citar algunos ejemplos, son patentes y reales. El aumento de víctimas de desastres naturales, incidencias por olas de calor, incremento de casos de cáncer de piel o cataratas, una mayor incidencia de trastornos respiratorios y patologías asociadas a la contaminación, ocupan cada vez con mayor frecuencia la atención del SSPA.

Por ello el SSPA no debe estar ajeno a este eje de sostenibilidad ambiental, ayudando a mejorar la calidad ambiental y contribuyendo a mejorar la salud humana. Sus profesionales pueden y deben contribuir igualmente en la lucha contra el cambio climático, promoviendo el cambio social asociado y garantizando el bienestar y la protección de la sociedad. Si algo es evidente es que salud humana y bienestar están íntimamente vinculados a calidad ambiental.

En sentido contrario, el sector salud es uno de los sectores de la sociedad que más confianza y respeto suscitan, y también uno de los mayores empleadores y consumidores de energía. Esto es, a la vez, una responsabilidad y una oportunidad de ser uno de los primeros en alcanzar la neutralidad climática en sus propias actividades y en demostrar que esto puede ir de la mano de una mejora de la eficacia y de ahorros de costes.

Los centros sanitarios producen en la actualidad un importante impacto ambiental y energético, tanto por el consumo de recursos naturales que necesitan (agua, energía, entre otros), como por los residuos generados (vertidos, residuos urbanos, etc.) y las implicaciones indirectas que ello genera en la Sociedad y los Grupos de Interés. Por ello, los centros sanitarios deben predicar con el ejemplo, reduciendo el impacto ambiental de sus actividades. Actuando sobre el propio SSPA se maximizará la calidad de sus servicios, cumpliendo las expectativas de la ciudadanía y se crearán beneficios colaterales para la salud, la economía y la sociedad.

El SSPA, consciente de esta realidad, aborda esta situación con una actitud activa para proteger la salud del cambio climático fortaleciendo la capacidad de adaptación del sistema sanitario, mejorando los conocimientos sobre las amenazas para la salud relacionadas con el clima y predicando con el ejemplo. Para ello, el SSPA desarrollará, mantendrá activa y, en su caso, actualizará una Estrategia de Gestión Ambiental y Energética en el ámbito de sus competencias que contemple, al menos, los siguientes aspectos:

#### **4.1. Sistemática estable para la gestión de los aspectos ambientales**

El desarrollo de una Sistemática estable para la Gestión de los aspectos ambientales y energéticos asociados con la actividad del SSPA, lo que conlleva disponer de:

- Evaluaciones ambientales y energéticas de los centros y actividades del SSPA que aporten:
  - Identificación de los riesgos ambientales y energéticos asociados a la actividad del SSPA.
  - Planes de actuación orientados a minimizar, y en su caso eliminar, los impactos ambientales y energéticos así como los riesgos identificados.
- Protocolos para asegurar la inclusión y evaluación de la variable ambiental y energética en la elaboración de los planes y programas que los diferentes organismos adscritos desarrollan en las en virtud de sus competencias.
- Protocolos para la evaluación de la variable ambiental y energética asociada los productos, bienes y servicios que el SSPA adquiere, para su incorporación en los procesos de compra o contratación.
- Protocolos de coordinación con la Consejería competente en materia de medio ambiente y energía, para impulsar las actuaciones contempladas en los planes y programas medioambientales y energéticos definidos en Andalucía
- Un Sistema de Gestión que estructure todas las sistemáticas de trabajo implicadas, incluyendo las funciones y responsabilidades asociadas.



#### 4.2. Mejora del desempeño ambiental y energético

Los resultados que se espera obtener con la puesta en marcha de dicha Estrategia:

- Sobre el propio SSPA, de manera que se potencie la eficiencia del SSPA con aspectos tales como la Eficiencia Energética la optimización de los residuos generados o la optimización del uso y consumo de agua.
- Sobre los Grupos de Interés del SSPA, de manera coherente con la filosofía expuesta en el resto de capítulos del presente documento, con resultados esperados en los Grupos de Interés del SSPA:
  - Con la ciudadanía, de manera que la gestión ambiental y energética se convierta en resultados en salud
  - Con Proveedores, tanto en el desarrollo de Actuaciones Integradas / conjuntas con ellos como en los procesos de Contratación Pública.
  - Con Profesionales, estableciendo Guías de Buenas Prácticas (Vida saludable), Planes de Movilidad, etc.
  - Con Otras Áreas, mediante el desarrollo de estrategias coordinadas para minimizar el impacto de las actividades sanitarias sobre el Medio Ambiente: Criterios ambientales en el desarrollo de actividades

#### 4.3. Cuadro de mando

El desarrollo de un Cuadro de Mando que permita realizar el pertinente seguimiento tanto a la Gestión Ambiental y Energética como a los resultados conseguidos. Dicho de Cuadro de mando deberá constar de los Indicadores y Objetivos a conseguir con el Sistema desarrollado de manera coherente y alineada con el resto de Estrategias del SSPA.

De manera particular, se potenciará el cálculo de la Huella de Carbono de la actividad sanitaria como indicador global del desempeño ambiental del SSPA de forma que permita abordar la mejora del mismo y realizar ejercicios de comparación con otro organismos / instituciones.

#### 4.4. Herramientas operativas

El desarrollo de Herramientas Operativas que permitan gestionar proactivamente los aspectos ambientales y energéticos para conseguir los resultados esperados. Dentro del establecimiento de Herramientas, se potenciará, entre otras, el desarrollo y uso de:

- Guías de Buenas Prácticas Ambientales y Energéticas que permitan difundir el conocimiento generado dentro del propio SSPA para ponerlo a disposición de todos sus Grupos de Interés, tanto para mejorar el desempeño ambiental de la actividad sanitaria como para mejorar los resultados en salud derivados de los aspectos ambientales y energéticos.



- Herramientas corporativas que faciliten la Gestión Ambiental y Energética y permitan realizar un seguimiento y evaluación continuada tanto de la eficacia de las acciones adoptadas como de los resultados obtenidos (desempeño ambiental y resultados en salud)

#### 4.5. Plan para la puesta en común con los Grupos de Interés

La puesta en marcha de un Plan para la puesta en común de esta Estrategia con todos sus Grupos de Interés, desplegando el modo en que se realizará:

- Las tareas de Sensibilización, tanto de los profesionales como del resto de los Grupos de Interés de manera que se potencie el cambio cultural y social asociado a la Sostenibilidad ambiental.
- El Plan de Formación que sea requerido para garantizar que los profesionales del SSPA disponen de las competencias y habilidades necesarias para contribuir al éxito de la Estrategia. Dicho Plan debe contemplar tanto los aspectos generales como la formación específica asociada a aquellas competencias específicas que sean necesarias para el éxito de la Estrategia
- El Plan de Comunicación para dar a conocer a todos los Grupos de Interés las actuaciones que el SSPA está desarrollando y los resultados (desempeño ambiental y resultados en salud) que se están obteniendo, como parte del Contrato social adquirido con los mismos (transparencia, diálogo, participación, etc.). Para garantizar la objetividad del proceso de comunicación, en la medida de lo posible, se potenciará el uso de herramientas y referentes de reconocido prestigio, tales como Declaraciones Ambientales EMAS, Memorias de Sostenibilidad, Informes de Inventario Gases de Efecto Invernadero o Huella de Carbono, etc.
- Como corolario de lo anterior, se plantearán las actuaciones de difusión generales (con Medios de Comunicación o Redes Sociales, por ejemplo) que se consideren necesarias para los objetivos previstos.

## 5. SOSTENIBILIDAD DEL CONOCIMIENTO, LA INVESTIGACIÓN Y LA INNOVACIÓN

*"La ciencia es el alma de la prosperidad de las naciones y la fuente de vida de todo progreso".*

Las palabras de Louis Pasteur resumen cuál es y debe ser el principal motor del conocimiento científico y tecnológico: servir a la sociedad.

El conocimiento es un bien público y se extiende al conjunto de valores, informaciones, datos, obras u objetos, públicos y privados, que son susceptibles de ser disfrutados por toda la sociedad andaluza, con las salvaguardas legales pertinentes.

La globalización económica y tecnológica ha hecho que la información y el conocimiento se conviertan en el elemento social fundamental, haciendo del saber el medio básico para el beneficio de la ciudadanía, la sociedad y el desarrollo económico. Así, la producción de nuevos conocimientos en la nueva economía equivale a los bienes tangibles en la antigua, siendo el único factor de producción sostenible; pero la organización por sí sola no puede crear conocimiento, son sus Grupos de interés quienes lo crean, convirtiéndose en gestores del conocimiento.

En Andalucía, tal y como lo aborda Sistema Andaluz del Conocimiento (Ley andaluza 16/2007, de la Ciencia y el Conocimiento), el conocimiento es el vector de lucha contra la pobreza, la exclusión social y la degradación del medio ambiente, y de fomento de una cultura por la paz, es un factor decisivo para mejorar el bienestar social y promover el progreso económico.

El SSPA debe velar para que toda la información existente sea debidamente aprovechada como conocimiento, filtrando, de entre toda aquella información disponible en una Sociedad cada vez más global, toda aquella útil para su conversión en conocimiento.

La Gestión del conocimiento en el SSPA se concibe, por tanto, como el esfuerzo de obtener el mayor valor posible de la información existente y de la experiencia colectiva de la organización, vinculándola a la interacción con sus Grupos de Interés, haciéndola accesible a todos ellos; de ahí la importancia de saber transmitirlo de forma transversal y horizontal en el propio SSPA y entre sus Grupos de Interés.

El SSPA desplegará, a partir del Sistema Andaluz del Conocimiento establecido en la Ley Andaluza de la Ciencia y el Conocimiento y de los actuales Organismos habilitados para ello (Fundación Progreso y Salud, Escuela Andaluza de Salud Pública, etc.), el conjunto de recursos y estructuras necesarias para la adecuada gestión según las directrices generales marcadas en dicha Ley y las necesidades específicas del propio SSPA.

El capital humano es la base de las capacidades científicas y tecnológicas de un país como generador de talento y artífice de la deseada transferencia del conocimiento al tejido empresarial. Aunque en la última década el número de doctores, investigadores y personal técnico dedicado a actividades del+D+I en España se ha incrementado en un 65%, la ratio de profesionales ocupados en comparación con la población total sigue estando por debajo de la media de los países de nuestro entorno debido, principalmente, a la baja tasa de



contratados por empresas, lo que además explica la falta de innovación en los sectores productivos.

El desarrollo de profesionales supone un elemento clave en el futuro desarrollo del sistema y de su sostenibilidad, pero la tendencia creciente de movimiento de personas e intercambio de profesionales, nos obliga a extender nuestra mirada más allá de los límites de nuestra comunidad autónoma y de nuestro país; incluso, más allá de la Unión Europea. Los movimientos de personas y la circulación de profesionales de diferentes mundos, es hoy ya una realidad con la que tendremos que trabajar en la aldea global en la que vivimos.

Tanto en el I Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, como el II Plan, que le da continuidad, se ha venido trabajando, con un modelo de desarrollo profesional, que sienta las bases en las que se articule una nueva estrategia de gestión de los recursos humanos. Es en las personas, en los profesionales del sistema, donde reside la capacidad de cambio hacia la mejora de la organización.

Por ello, la estrategia de gestión de recursos humanos del SSPA deberá ser coherente con los objetivos de la organización y con los valores que los impregnan, objetivos y valores como eje en torno al cual, debe desarrollarse y evolucionar la prestación profesional a la ciudadanía.

Es necesario destacar la necesaria incorporación de estrategias de evaluación y autoevaluación, de las acciones formativas. Para dar a la evaluación una finalidad esencialmente formativa, es necesario abordarla desde tres dimensiones distintas y complementarias: la evaluación competencial, de la transferencia al sistema sanitario y la del impacto en la salud. Se hace imprescindible evaluar lo que se hace en estrategias formativas a los profesionales, si queremos garantizar el camino hacia la excelencia profesional.

Por otro lado, hablar de Investigación e Innovación en Salud en Andalucía es hablar de su Sistema Sanitario Público (SSPA) porque, como organismo responsable de la ejecución de las políticas públicas relacionadas con la salud, es la mayor empresa de servicios de atención sanitaria y la mayor organización del conocimiento de esta comunidad autónoma.

Así lo contempla el IV Plan Andaluz de Salud, instrumento indicativo de las políticas de salud en Andalucía, de modo que su redacción establece un firme compromiso del gobierno andaluz con la Investigación y la Innovación en Salud, otorgando un papel central al Sistema Sanitario Público de Andalucía, en colaboración con las universidades y el sector empresarial.

Por eso, en los difíciles momentos económicos que atraviesa nuestra sociedad es más necesario que nunca poner en valor el importante retorno que genera la inversión en I+i en Salud, no solo para la sostenibilidad y crecimiento del sistema sanitario público, a corto y largo plazo, sino para la sociedad en general y para la generación de competitividad y capacidad de internacionalización de las empresas.

No cabe duda de que la inversión en I+i en Salud en los últimos años ha permitido un importante avance de Andalucía en su participación y contribución al sistema de ciencia y tecnología, de modo que nuestra comunidad autónoma goza en la actualidad de una buena

posición en la aplicación efectiva del conocimiento que se genera, en forma de transferencia de tecnología, investigación traslacional e innovación de éxito.

Así, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es el único servicio de salud que se encuentra en el 'top ten' (entre los 10 organismos) en solicitudes de modelos de utilidad en España en todas las áreas de conocimiento y, además, el último informe de la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO 2012) afirma que Andalucía ocupa la primera posición en creación de empresas biotecnológicas, seguida de Cataluña.

Pero aún pervive una compleja y obsoleta trama legislativa, burocrática y administrativa que resta recursos, eficiencia e impide a los agentes del Sistema progresar adecuadamente. Por ello, es preciso realizar reformas estructurales, incluidas la transformación de los modelos de gobernanza de las instituciones públicas implicadas como agentes del conocimiento en salud.

La posición de la producción científica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el contexto de la producción científica del sector sanitario nacional también ha ido mejorando en los últimos años, viéndose incrementada la cifra de documentos indexados.

Uno de los datos más relevantes es el incremento general, casi exponencial, en todos los indicadores relativos a la protección y transferencia de los resultados de investigación al sector productivo empresarial, teniendo 17 acuerdos de licencia activos con retornos económicos para el SSPA y sus inventores y 4 nuevas empresas biotecnológicas.

El SSPA deberá continuar avanzando y apostando por situar la investigación andaluza en Biomedicina y Ciencias de la Salud en una relevante posición nacional e internacional, realizando un esfuerzo inversor desde la perspectiva del retorno obligado a la sociedad.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y  
EVALUACIÓN ECONÓMICA

Fdo: Martín Blanco García



**INFORME DE IMPACTO DE GÉNERO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**1. LEGISLACIÓN VIGENTE**

La Constitución Española en su artículo 14 establece el principio de igualdad al proclamar que, “todos los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social” y en el artículo 9.2 consigna “corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”.

Por su parte, el Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 114 establece que en el procedimiento de elaboración de las leyes y disposiciones reglamentarias de la Comunidad Autónoma se tendrá en cuenta el impacto por razón del género del contenido de las mismas.

En cumplimiento del mandato estatutario, se aprueba la ley 2/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía que, en su artículo 6, establece la obligatoriedad de que se incorpore de forma efectiva el objetivo de la igualdad por razón de género en todos los proyectos de ley, reglamentos y planes que apruebe el Consejo de Gobierno, disponiendo que, a tal fin, en el proceso de tramitación de esas disposiciones, deberá emitirse un informe de evaluación del impacto de género del contenido de las mismas.

En desarrollo de la Ley 2/2007, se dicta el Decreto 17/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género, configurando



dicho informe “como un instrumento para garantizar la integración del principio de igualdad entre hombres y mujeres en el desarrollo de las competencias de los poderes públicos de Andalucía”, (exposición de motivos).

Finalmente, resulta de incidencia el Acuerdo de 16 de marzo de 2005, de la Comisión General de Viceconsejeras y Viceconsejeros, por el que se da publicidad a la Instrucción para evitar un uso sexista del lenguaje en las disposiciones de carácter general de la Junta de Andalucía, en coherencia con las directrices de técnica normativa aprobadas por Acuerdo del Consejo de Ministros de 22 de julio de 2005.

## **2. Impacto, mecanismos y medidas en materia de género**

El Anteproyecto de Ley que se informa representa el instrumento para desarrollar un auténtico contrato social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante el que todos los agentes participantes del Sistema de Salud participen de forma leal en la consolidación y fortalecimiento del propio sistema, teniendo en cuenta el elevado impacto que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente, tienen sobre la economía de la Comunidad Autónoma, traducido en generación de empleo y riqueza y, especialmente, sobre la salud de las personas y también sobre la propia economía de las familias andaluzas.

El citado Anteproyecto de Ley resulta ser pertinente al género, y tiene en cuenta hacer efectivo el cumplimiento del principio de igualdad de género. Por ello, tanto en su Exposición de Motivos como en su articulado se contemplan aspectos relacionados con la igualdad de género y no discriminación.

De esta forma, la Exposición de Motivos define el Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA) como un sistema de salud que responde a concretos valores o principios, como son, entre otros, la igualdad efectiva en las condiciones de acceso al sistema sanitario público.

Asimismo, entre los valores que sustentan la sostenibilidad del SSPA, de acuerdo con lo establecido por el artículo 11 (Garantía de los valores en que se sustenta la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía) el trabajo integral y coordinado en los ámbitos de la igualdad, la sanidad, los servicios sociales y la dependencia.

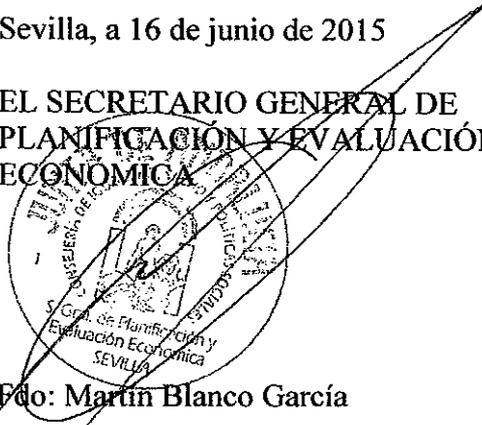


Por otro lado, el impacto del Anteproyecto de Ley en el conjunto del colectivo de profesionales del SSPA es innegable. Así, el artículo 18 (Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía) establece que el SSPA mantendrá actualizado un plan de igualdad de oportunidades, que deberá contener de manera específica los aspectos relacionados con la igualdad de género. El Sistema Sanitario Público de Andalucía desarrollará e implantará un Sistema de Gestión de Igualdad de Oportunidades en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que consolidará las actuaciones asociadas a dicho Plan.

Finalmente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía y en la Instrucción de 16 de marzo de 2005 de la Comisión General de Viceconsejeros y Viceconsejeras, en la elaboración del proyecto de Orden se ha procurado evitar el uso sexista del lenguaje.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
ECONÓMICA



Fdo: Martín Blanco García



**INFORME DE EVALUACIÓN DEL ENFOQUE DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**1. LEGISLACIÓN VIGENTE**

El artículo 139.1 de la Ley 18/2003, de 29 diciembre, por la que se aprueban medidas fiscales y administrativas contiene una serie de previsiones en materia de los derechos de los niños y niñas. En concreto, exige que todos los Proyectos de Ley y Reglamentos que apruebe el Consejo de Gobierno tengan en cuenta de forma efectiva los derechos de los niños según la Convención de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, que España ha suscrito. A este fin, se deberá emitir un informe de evaluación del impacto por razón de los derechos de la infancia del contenido de dichas normas.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, en orden a las competencias exclusivas que el artículo 13.23 de la Ley Orgánica 6/1981, de 30 de diciembre, por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía para Andalucía, le atribuye en materia de instituciones públicas de protección y tutela de menores respetando la legislación civil, penal y penitenciaria, en relación con la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor, publica el Decreto 1032005, de 19 de abril, por el que se regula el informe de evaluación del enfoque de los derechos de la infancia, en los proyectos de Ley y Reglamentos que apruebe el Consejo de Gobierno.



## 2. Impacto y medidas.

La presente Ley representa el instrumento para desarrollar un auténtico contrato social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante el que todos los agentes participantes del sistema de salud participen de forma leal en la consolidación y fortalecimiento del propio sistema

Este contrato social incluye la participación de la ciudadanía en la sostenibilidad del sistema de salud, definiendo con nitidez las prestaciones sanitarias y derechos en relación con la salud y la asistencia sanitaria, las condiciones de acceso a las mismas, fortaleciendo los espacios para la participación efectiva de los ciudadanos y ciudadanas en las decisiones estratégicas del sistema, como garantía de adecuación de la oferta de servicios y prestaciones a sus expectativas.

En este contexto, el contenido del proyecto normativo que se informa incluye medidas a fin de impedir los efectos discriminatorios o de exclusión social de la infancia. Así, incluye expresamente dentro del colectivo de las personas usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (artículo 8 “Garantía de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía”) a las personas menores de edad, las que, de acuerdo con la normativa, disfrutarán de todos los derechos que les atribuya tanto la legislación sanitaria vigente, como su normativa específica.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

**EL SECRETARIO GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
ECONÓMICA**



Fdo: Martín Blanco García

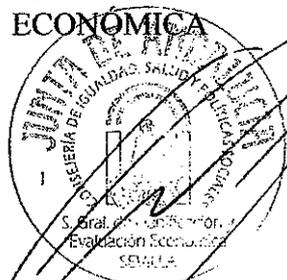


**MEMORIA SOBRE LA RESTRICCIÓN A LA LIBERTAD DE ESTABLECIMIENTO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

El Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía no establece restricciones ni a la libertad de establecimiento, ni a la libre prestación de servicios según los supuestos de los artículos 11 y 12 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, de libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
ECONÓMICA



Fdo: Martín Blanco García



**INFORME DE VALORACIÓN DE LAS CARGAS ADMINISTRATIVAS  
DERIVADAS DE LA APLICACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY  
DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO  
PÚBLICO DE ANDALUCÍA PARA LA CIUDADANÍA Y LAS  
EMPRESAS**

El Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía no origina cargas administrativas para la ciudadanía ni para las empresas. Para los centros sanitarios privados tampoco se crean nuevas cargas administrativas.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
ECONÓMICA



Fdo: ~~Marta Blanco García~~

*[Handwritten signature]*



# ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

## TEST DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

### 1º. ¿La norma introduce alguna limitación en el libre acceso de las empresas al mercado?

**Es posible que ello suceda si el proyecto normativo:**

NO Otorga derechos exclusivos o preferentes para la explotación de algún recurso, la producción de un determinado bien o la prestación de algún servicio en el mercado.

NO Establece requisitos previos de acceso al mercado, tales como la necesidad de obtener licencias, permisos o autorizaciones.

NO Limita la posibilidad de algunas empresas para prestar un servicio, ofrecer un bien o participar en una actividad comercial.

NO Incrementa de forma significativa las restricciones técnicas o los costes de entrada o salida del mercado que podrían dificultar el acceso de nuevas empresas.

NO Restringe el ejercicio de una actividad económica en un espacio geográfico.

### 2º. ¿La norma restringe la competencia entre las empresas que operan en el mercado?

**Es posible que ello suceda si el proyecto normativo:**

NO Limita la oferta de las diferentes empresas.

NO Introduce controles de precios de venta de bienes y servicios, ya sea porque permite orientar sobre los mismos o porque establece mínimos o máximos.

7



NO Establece restricciones a la publicidad y/o a la comercialización de determinados bienes y servicios.

NO Impone normas de calidad a los productos que puedan resultar excesivas si se comparan con las existentes en mercados similares y así generar ventajas para algunas empresas con respecto a otras.

NO Eleva de manera significativa los costes de algunos proveedores con respecto a otros mediante, por ejemplo, la exención de determinadas obligaciones a algunas empresas.

### 3º. ¿La norma reduce los incentivos para competir entre las empresas?

**Es posible que ello suceda si el proyecto normativo:**

NO Permite un régimen de autorregulación o correulación de determinadas actividades económicas o profesionales.

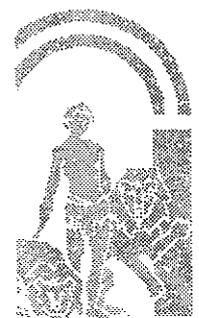
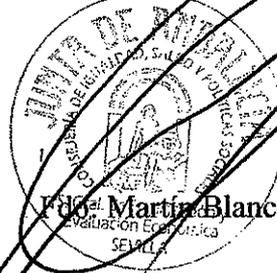
NO Incrementa los costes derivados del cambio de proveedor.

NO Exime a las empresas de la aplicación de la legislación general de defensa de la competencia.

Sevilla, a 16 de junio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN  
ECONÓMICA

**Fdo. Martín Blanco García**



**ACUERDO DE INICIO**

Visto el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la documentación que la acompaña, de conformidad con lo establecido en el artículo 43.2 y 3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, esta Consejería de Salud.

**ACUERDA**

Primero. Iniciar el procedimiento de elaboración del anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y su elevación al Consejo de Gobierno.

Segundo. Proponer que se soliciten los dictámenes, informes y consultas a los organismos y entidades que se relacionan en el Anexo.

Sevilla, 22 de junio de 2015

Aquilino Alonso Miralles  
EL CONSEJERO DE SALUD



## **ANEXO**

### **RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA Y ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME**

#### **I. RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA**

Confederación de Empresarios de Andalucía  
Sindicato U.G.T.  
Sindicato CC.OO.  
Sindicato CSI-CSIF  
SATSE  
Sindicato Médico Andaluz  
Sindicato de Enfermería de la Comunidad Autónoma de Andalucía  
USAE

Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos  
Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios  
Colegio Oficial de Biólogos de Andalucía  
Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos  
Consejo Andaluz de Enfermería  
Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales  
Colegio Oficial de Psicólogos  
Consejo Andaluz de Colegios oficiales de dentistas  
Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía  
Colegio Profesional de Podólogos  
Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Arquitectos  
Consejo Andaluz de Colegios de Aparejadores, Arquitectos Técnicos e Ingenieros de Edificación  
Consejo Andaluz de Colegios de Abogados

Confederación de Sociedades Científicas de España  
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria  
Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria  
Sociedad para la Defensa de la Salud Pública  
Sociedad Española de Epidemiología  
Sociedad Española de Diabetes  
Sociedad Española de Fertilidad  
Sociedad Andaluza de Obstetricia y Ginecología  
Sociedad Española de Inmunología  
Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura  
Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental  
Asociación de Pediatras de atención Primaria de Andalucía  
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC  
Asociación de técnicos de educación para la salud  
Asociación de técnicos de sanidad ambiental  
Asociación Andaluza de Hemofilia  
Asociación Española de Genética Humana  
Federación de Asociaciones Andaluzas de Mayores FOAM  
Confederación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer CONFEEFA  
Cruz Roja Española  
Federación Andalucía Acoge  
Confederación Andaluza de Organizaciones de Personas con Discapacidad Intelectual FEAPS

5

Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica CAMF-COCEMFE  
Federación Autismo Andalucía  
ONCE  
Federación Andaluza de Asociaciones de Personas Sordas FAAS  
Federación Andaluza de Padres y Amigos de los Sordos FAPAS  
Federación Andaluza de Síndrome de Down  
FEAFES ANDALUCIA  
FAISEM  
Plataforma de Usuarios de Salud Mental  
Asociación para la Promoción de las Mujeres con Discapacidad LUNA  
Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía FEDEMA  
Federación Andaluza de Asociaciones de lesbianas y Gays COLEGA  
Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública  
Asociación de la Economía para la salud  
Asociación Andaluza de Lesbianas, Gays y Transexuales NOS  
Asociación de Transexuales de Andalucía ATA  
Federación Andaluza de Parkinson  
Federación Andaluza de Asociaciones de Ataxia  
Federación Andaluza de Enfermedades Raras FEDER  
Federación Andaluza de Diabéticos FADIAN  
Federación Andaluza de Asociaciones de Laringectomizados FAAL  
Federación Andaluza ALCER  
Federación Andaluza de Hermandades de Donantes de Sangre  
Asociación Médicos del Mundo  
Asociación Pro-derechos Humanos en Andalucía  
Asamblea de Mujeres de Granada  
Federación Mujeres Progresistas de Andalucía  
Federación Andaluza de Fibromialgia y SFC  
Federación de Asociaciones de Celíacos de Andalucía  
Federación de Asociaciones d Enfermos del Corazón FAECO  
Asociación para el Estudio de la Lesión Medular  
Asociación Española de Investigación sobre el cáncer

## **II. RELACIÓN DE ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME**

Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía

Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía  
Consejo Económico y Social  
Instituto Andaluz de la Mujer  
Consejo Consultivo de Andalucía  
Dirección General de Infancia y Familia  
Consejo Andaluz de la Juventud  
Consejo Andaluz de Universidades

Consejo Andaluz de Gobiernos Locales  
Consejería de la Presidencia y Administración Local  
Consejería de Economía y Conocimiento  
Consejería de Hacienda y Administración Pública  
Consejería de Educación  
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales  
Consejería de Empleo, Empresa y Comercio

Consejería de Fomento y Vivienda  
Consejería de Turismo y Deporte  
Consejería de Cultura  
Consejería de Justicia e Interior  
Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural  
Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio

# JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD  
Secretaría General Técnica

## ACUERDO DE APERTURA TRÁMITE DE AUDIENCIA E INFORMES

Visto el Acuerdo del Consejero Salud de fecha 22 de junio de 2015 por el que se inicia el procedimiento de elaboración del Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, examinado el mismo y la documentación que lo acompaña, y habida cuenta que su contenido afecta a los derechos e intereses legítimos de la ciudadanía,

Esta Secretaría General Técnica, de conformidad con los artículos 43.5 y 45.1.c) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma,

### ACUERDA

**PRIMERO:** La apertura del trámite de audiencia e informes del Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**SEGUNDO:** Someter el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía al trámite de información pública en el plazo establecido en la Resolución que dictará esta Secretaría General Técnica para ello, que se publicará en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

**TERCERO:** Conceder a las entidades que se relacionan en el apartado I del Anexo del presente Acuerdo un plazo para que puedan emitir su parecer en razonado informe que se podrá presentar hasta el día 15 de octubre de 2015 inclusive.

**CUARTO:** Solicitar a los organismos que se relacionan en el apartado II del Anexo del presente Acuerdo, los informes que se establecen en las disposiciones que los regulan y en los plazos previstos en las mismas.

Sevilla, 20 de julio de 2015

EL SECRETARIO GENERAL TECNICO



José S. Muñoz San Martín



## ANEXO

### I. RELACIÓN DE ENTIDADES A LAS QUE SE LES CONCEDE AUDIENCIA

Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)  
 Confederación de Empresarios de Andalucía  
 Sindicato UGT  
 Sindicato Comisiones Obreras (CCOO)  
 Sindicato CSI-CSIF  
 SATSE  
 Sindicato Medico Andaluz  
 USAE: Unión Sindical de Auxiliares de Enfermería  
 Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacias de Andalucía (CEOFA)  
 Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos  
 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Veterinarios  
 Colegio Oficial de Biólogos de Andalucía  
 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Médicos  
 Consejo Andaluz de Enfermería  
 Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales  
 Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental  
 Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental  
 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas  
 Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía  
 Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía  
 Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Arquitectos  
 Consejo Andaluz de Colegios de Aparejadores, Arquitectos Técnicos e Ingenieros de Edificación  
 Consejo Andaluz de Colegios de Abogados  
 Colegio Profesional de Protésicos Dentales de Andalucía  
 Colegio Nacional de Opticos-Optometristas de Andalucía  
 Colegio Oficial de Logopedas de Andalucía  
 Confederación de Sociedades Científicas de España (COSCE). Consejo Superior de Investigaciones Científicas  
 Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)  
 Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)  
 Sociedad Española de Epidemiología (SEE)  
 Sociedad Española de Diabetes (SED)  
 Sociedad Española de Fertilidad (SEF)  
 Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia (SAGO)  
 Sociedad Española de Inmunología (SEI)  
 Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (SPAOPYEX)  
 Sociedad de Pediatría de Andalucía Oriental (SPAOR)  
 Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía (APAPANDALUCIA)  
 Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC)  
 Asociación de Técnicos de Educación para la Salud  
 Asociación de Técnicos de Sanidad Ambiental  
 Asociación Andaluza de Hemofilia (ASANHEMO)  
 Asociación Española de Genética Humana (AEGH)  
 Federación de Asociaciones Andaluzas de Mayores (FOAM)



Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y  
 Otras Demencias (CONFEAFA)  
 Cruz Roja Española  
 Federación Andalucía Acoge  
 Confederación Andaluza de Organizaciones de Personas con Discapacidad Intelectual  
 (FEAPS)  
 Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (CANF-  
 COCEMFÉ)  
 Federación Autismo Andalucía  
 Once Delegación Territorial Andalucía  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Personas Sordas (FAAS)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Padres y Amigos del Sordo (FAPAS)  
 Federación Andaluza de Asociaciones Síndrome de Down (DOWN ANDALUCÍA)  
 Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES  
 ANDALUCÍA)  
 Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad  
 Mental (FAISEM)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/As Salud Mental "En Primera  
 Persona"  
 Asociación para la Promoción de la Mujer con Discapacidad. LUNA SEVILLA  
 Federación de Asociaciones de Esclerosis Múltiple de Andalucía (FEDEMA)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Lesbianas y Gays Colegas  
 Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)  
 Asociación de Economía de la Salud (AES)  
 Asociación Andaluza de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales (NOS)  
 Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA)  
 Federación Andaluza de Parkinson (FANDEP)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Ataxia  
 Federación Andaluza de Enfermedades Raras (FEDER ANDALUCIA)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Diabéticos (FADIAN)  
 Federación Andaluza de Asociaciones de Laringectomizados (FAAL)  
 Federación Andaluza de Asociaciones ALCER  
 Federación Andaluza de Hermandades de Donantes de Sangre  
 Farmaindustria  
 Asociación Nacional de Audioprotesistas de España (ANA)  
 Sociedad Andaluza de Ortesistas y Protésistas (SADOP)  
 Asociación de Empresas del Sector Medioambiental de Andalucía (AESMA)  
 Asociación Médicos del Mundo  
 Asociación Pro-Derechos Humanos en Andalucía  
 Asamblea de Mujeres de Granada  
 Federación Mujeres Progresistas de Andalucía  
 Federación Andaluza de Fibromialgia y SFC  
 Federación de Asociaciones de Celíacos de Andalucía. Asociación Provincial de  
 Celíacos de Sevilla (ASPROCESE)  
 Federación de Asociaciones de Enfermos del Corazón (FAECO)  
 AESLEME - Asociación para el Estudio de la Lesión Medular  
 Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA)



## **II. RELACIÓN DE ORGANISMOS A LOS QUE SE SOLICITA INFORME**

Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía  
 Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía  
 Consejo Económico y Social  
 Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales  
 Consejo Consultivo de Andalucía  
 Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Dirección General de Infancia y Familia  
 Consejo Andaluz de la Juventud  
 Consejo Andaluz de Universidades. Consejería de Empleo, Empresa y Comercio  
 Consejo Andaluz de Gobiernos Locales. Consejería de la Presidencia y Admón. Local  
 Consejería de la Presidencia y Administración Local  
 Consejería de Economía y Conocimiento  
 Consejería de Hacienda y Administración Pública  
 Consejería de Educación  
 Consejería de Igualdad y Políticas Sociales  
 Consejería de Empleo, Empresa y Comercio  
 Consejería de Fomento y Vivienda  
 Consejería de Turismo y Deporte  
 Consejería de Cultura  
 Consejería de Justicia e Interior  
 Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural  
 Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio  
 Consejo Andaluz de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación  
 Servicio Andaluz de Salud  
 Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol  
 Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente  
 Agencia Pública Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir  
 Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir  
 Empresa Pública de Emergencias Sanitarias  
 Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía  
 Agencia de Defensa de la Competencia



## 5. Anuncios

### 5.2. Otros anuncios oficiales

#### CONSEJERÍA DE SALUD

*RESOLUCIÓN de 24 de julio de 2015, de la Secretaría General Técnica, por la que se acuerda someter a información pública el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.*

Por la Consejería de Salud se elevó al Consejo de Gobierno el «Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía», en cumplimiento del trámite previsto en el artículo 43.3 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El Consejo de Gobierno, en su reunión del día 23 de junio de 2015, conoció el citado Anteproyecto de Ley, acordando que en el procedimiento de elaboración de dicho Anteproyecto de Ley se realizaran las consultas y se solicitaran los dictámenes e informes que se detallan en la certificación del Consejo de Gobierno de 23 de junio de 2015, sin perjuicio de la realización de aquellos otros que, en desarrollo del procedimiento, se estimase oportuno realizar.

En virtud de lo expuesto,

#### RESUELVO

Primero. Someter a información pública el «Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía» por un plazo que comenzará a contar el día siguiente al de la publicación de esta Resolución en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía y finalizará el día 15 de octubre de 2015, con la finalidad de que los organismos, entidades, colectivos y ciudadanos interesados formulen las alegaciones que estimen pertinentes.

Segundo. Durante dicho plazo, el texto del Anteproyecto de Ley estará disponible en las dependencias de esta Secretaría General Técnica, sita en Avenida de Hytasa, núm. 14, de Sevilla, así como en las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, en horario de 9,00 a 14,00 horas, de lunes a viernes.

Tercero. Asimismo, podrá consultarse el texto del Anteproyecto de Ley en el Portal de la Administración de la Junta de Andalucía en la dirección electrónica <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/normas-elaboración/detalle/65195.html> y en la página web de la Consejería de Salud en la dirección electrónica <http://www.juntadeandalucia.es/salud>.

Cuarto. Las alegaciones podrán formularse mediante escrito dirigido a la Secretaria General Técnica, sita en Avda. de Hytasa, núm. 14, de Sevilla, adjuntándose a las mismas, en el supuesto de organismos, entidades y colectivos interesados, la acreditación de la constitución y representación de los mismos, y se presentarán, preferentemente, en el registro de la Consejería de Salud, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Sevilla, 24 de julio de 2015.- El Secretario General Técnico, José S. Muñoz San Martín.

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE SALUD Unidad de Igualdad de Género

### **OBSERVACIONES DE LA UNIDAD DE IGUALDAD DE GÉNERO DE LA CONSEJERÍA DE SALUD AL INFORME DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE GÉNERO DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

#### **1. FUNDAMENTACIÓN Y OBJETO DEL INFORME**

**1.1. CONTEXTO LEGISLATIVO.** De acuerdo con lo establecido en el Decreto 17/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género, es responsabilidad del centro directivo emisor de la norma la elaboración de un informe que de cuenta del impacto que, previsiblemente, la misma pudiera causar por razón de género. Por otra parte, según estipula dicho Decreto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto 275/2010, de 27 de Abril, por el que se regulan las Unidades de Igualdad de Género en la Administración de la Junta de Andalucía, corresponde a éstas el asesoramiento a los órganos competentes de la Consejería en la elaboración de los informes de evaluación del impacto de género de las disposiciones normativas, formulando las observaciones a los mismos y valorando su contenido.

En base a estos requerimientos, la Unidad de Igualdad de Género de la Consejería de Salud emite el presente Informe de Observaciones y Recomendaciones al Informe de Evaluación emitido por Viceconsejería sobre el Anteproyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**1.2. OBJETO DEL PRESENTE INFORME.** El objeto del Informe que se presenta es realizar observaciones al Informe de Evaluación emitido por Viceconsejería para su posterior traslado al mismo, con la finalidad de que incorpore las recomendaciones realizadas y modifique el texto normativo antes de su aprobación, garantizando así un impacto positivo de la norma en la igualdad de género.

#### **2. OBSERVACIONES SOBRE LA PERTINENCIA DE GÉNERO DE LA NORMA.**

1. Analizado el objeto y contenido del proyecto normativo, la Unidad de Igualdad de Género de la Consejería está de acuerdo con la conclusión a la que se llega en el Informe de Evaluación del impacto de género remitido por el centro directivo competente, respecto a que el Anteproyecto de Ley es PERTINENTE al género.

2. Dado el objeto y contenido de la norma el grupo destinatario de la misma será toda la ciudadanía, garantizando la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz, asegurando los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones, permitiendo la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite, independientemente de sus circunstancias sociales o económicas. Por tanto, el Anteproyecto afectará a personas, afectará al acceso a los recursos de hombres y mujeres, y puede modificar el rol de género y los modelos estereotipados, por lo que el proyecto de Decreto resulta ser: PERTINENTE

3. Procediendo, pues, a analizar el Impacto de Género de la norma en cuestión, teniendo en cuenta la normativa de aplicación en relación con la igualdad de género (ver Anexo), se realizan las siguientes observaciones:

#### **3. OBSERVACIONES SOBRE LAS DESIGUALDADES DETECTADAS**

**1. Justificación normativa:** La Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007) en su Art. 6.2 dispone la obligatoriedad de presentar un informe de evaluación del impacto de género en todos los proyectos de ley, disposiciones reglamentarias y planes que apruebe el Consejo de Gobierno. Y en el apartado 3 del citado artículo, señala que deberá ir acompañado de indicadores pertinentes al género, que nos permitan analizar la situación real existente, y valorar si lo previsto en la norma en cuestión, atiende de forma igualitaria (que no igual) a las mujeres y hombres a los que van destinadas las medidas que se pretenden regular.

2. En este sentido, el Informe de Evaluación no aporta datos, los cuales son necesarios para hacer una valoración del impacto de género que puede generar la norma, y realizar un diagnóstico de situación. Igualmente el Anteproyecto aporta pocos datos, y sin desagregar por sexo.

En una norma de esta envergadura esto no se debería obviar, pues los programas de ajuste estructural y la crisis económica ha tenido efectos muy perjudiciales para la igualdad de género, aumentando mas si cabe la pobreza de las mujeres y por tanto las desigualdades. Se han detectado impactos directos e indirectos de los recortes del gasto en el sector social en relación con la salud y las cargas asistenciales de las mujeres, y en su economía, pues las mujeres realizan mayormente el trabajo reproductivo y productivo no remunerado y esto ha sido ignorado. Igualmente las mujeres enferman mas que los hombres, acuden mas al Sistema Sanitario y tienen dolencias diferentes y diferentes necesidades, cuestiones que también se deben analizar con datos para tomar medidas positivas e ir reduciendo estas discriminaciones. Al tenerse en cuenta el género, se emplearían estas medidas que reducen las desigualdades.

Por tanto, es fundamental hacer un análisis profundo de género en el sector salud. En función de si estas prestaciones son utilizadas mas por hombres o mujeres, en los posibles ajustes, se podría valorar si el impacto será mayor para las mujeres o para los hombres, y tomar medidas positivas para ambos géneros. (los poderes públicos deberán incluir sistemáticamente la variable sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que realicen, art.10 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre)

Asi por ejemplo, se podrían aportar los siguientes datos:

- Índice de distribución de mujeres y hombres que reciben asistencia sanitaria en Atención Primaria.
- Índice de distribución de mujeres y hombres que reciben asistencia sanitaria en Atención Especializada.
- Índice de distribución de mujeres y hombres en ingresos hospitalarios, por especialidades.
- Índice de distribución de mujeres y hombres en especialidades en consultas externas.
- Índice de feminización por especialidades médicas y quirúrgicas (profesionales).
- Índice de feminización en cargos directivos.
- Etc

**4. TRANSVERSALIDAD DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD E INCLUSIÓN EN OBJETO**

**1. Justificación normativa:** El artículo 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007) prescribe que en todos los reglamentos se tiene que tener en cuenta la transversalidad de género tanto en la elaboración como en la ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas

2. En este sentido, en el texto normativo aparece la igualdad y equidad en el acceso a prestaciones, pero no hace mención explícita a la igualdad de género. Esto es importante que se visibilice, puesto que se debe considerar sistemáticamente las prioridades y necesidades distintas de las mujeres y de los hombres( no hablamos de un colectivo, sino de la mitad de la población) teniendo en cuenta su incidencia en las diferentes situaciones de unas y otros, adaptándolas para eliminar los posibles efectos discriminatorios y fomentar la igualdad de género.

Así pues se recomienda hacer mención en la Exposición de motivos, por ejemplo en el apartado I, un penúltimo párrafo para hacerlo extensivo a toda la norma y que se tenga en cuenta en la ejecución y seguimiento de la misma, pudiendo quedar redactado de la manera que sigue:

- "Asimismo, el artículo 5 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía establece, en cuanto a la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas, el principio de transversalidad, según el cual los poderes públicos integrarán el enfoque de género en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, con el objeto de eliminar los efectos discriminatorios que pudieran causar y fomentar la igualdad entre mujeres y hombres".

## **5. INCORPORACIÓN DE MEDIDAS COMPENSATORIAS Y QUE FAVOREZCAN LA IGUALDAD**

**1. Justificación normativa:** Por otra parte, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 6 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía y en el informe de evaluación del impacto de género se deberán mencionar los mecanismos y medidas dirigidas a paliar y neutralizar los posibles impactos negativos que la norma pudiera causar.

2. En este sentido, **se felicita al Centro Directivo** porque en el Informe que se analiza se recogen las medidas que incorpora la norma para fomentar la igualdad de género, lo cual muestra el compromiso del Centro Directivo con la misma, como son garantizar la igualdad efectiva en las condiciones de acceso al SSPA; en el artículo 11, el trabajo integral y coordinado en los ámbitos de la igualdad, la sanidad, los servicios sociales y la dependencia; en el artículo 18 el Plan de Igualdad de Oportunidades (profesionales) y por último el esfuerzo por evitar el lenguaje no sexista.

### **MODIFICACIONES EN EL ARTICULADO:**

No obstante, se recomienda incluir otras medidas para garantizar la igualdad entre mujeres y hombres, como son:

- En el artículo 14. Compra de bienes y servicios, En el apartado 1 se recomienda incluir un subapartado f) Se valorará positivamente a proveedores y empresas que tengan plan de igualdad para su plantilla, o medidas para fomentar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Igualmente no podrán contratar con el sector público las personas que hayan sido sancionadas con carácter firme por infracción grave, por temas laborales o de género.

- En el artículo 21, apartado d) punto 4 se recomienda incluir un último renglón." Asimismo en todos los datos registrados referidos a personas se incluirá sistemáticamente la variable sexo, para poder valorar las diferencias entre hombres y mujeres". (art.10 de la Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la promoción de la igualdad de género en Andalucía y art 20 de la Ley 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres)

### **MEDIDAS PARA FOMENTAR REPRESENTACIÓN EQUILIBRADA:**

El artículo 11 de la citada Ley 12/2007 sobre representación equilibrada de los órganos directivos y colegiados, se deberá garantizar la representación equilibrada de hombres y mujeres en el nombramiento de titulares de órganos directivos de la Administración. De forma análoga, los Art. 18 y 19 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía (BOE núm. 276. de 17/11/07), establecen la garantía de representación equilibrada de hombres y mujeres tanto en el nombramiento de sus centros directivos como en la composición de los órganos colegiados.

En este aspecto, en el informe no se hace referencia a la composición paritaria de sus Comisiones, Estructuras de Gestión...etc. Así por ejemplo, en el artículo 14, cuando figura la creación de estructuras integradas de compras...se recomendaría incluir que se garantizará que tengan composición paritaria ( la representación de cada sexo no podrá superar el 60% ni ser inferior al 40%).

## 6. REVISIÓN DEL LENGUAJE

**1. justificación normativa.** De acuerdo con el art. 4 y el art. 9 sobre lenguaje no sexista e imagen pública de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, y de acuerdo con la Instrucción de 16 de marzo de 2005, de la Comisión General de Viceconsejeros, se deberá evitar un uso sexista del lenguaje en las disposiciones de carácter general de la Junta de Andalucía.

2. En base a ello, agradece al Centro Directivo el esfuerzo realizado al intentar utilizar un lenguaje no sexista en la redacción de la norma, aunque se hace necesario **realizar varias observaciones** al lenguaje utilizado ,asegurando que el lenguaje sea inclusivo y facilite la visibilización tanto de las mujeres como de los hombres, en todos los aspectos tratados, lo que facilitará a su vez la comprensión de las situaciones concretas de unas y otros que puedan ser motivo de desigualdades, y la posterior actuación a favor de la igualdad entre mujeres y hombres. Las recomendaciones que se proponen deben articularse de tal manera que la coherencia discursiva del texto se mantenga respetando en todo momento tanto el significado como la comprensión y concordancia de lo escrito.

Así por ejemplo se recomienda:

-En el Índice: cuando aparece en Disposición Adicional Única "los Usuarios" se recomienda sustituir por "las personas usuarias" . Igualmente a lo largo de todo el texto, como en página 5, 22 etc.

- En la Exposición de Motivos: cuando aparece "el medico", se recomienda sustituir por "el personal médico" ; cuando aparece "los profesionales" se recomienda quitar el artículo "los", o bien sustituir por "el personal"; Igualmente cuando aparece "los proveedores", quitar el artículo "los"; Cuando aparece "los pacientes", suprimir el artículo "los". Cuando no se pueda se puede sustituir por "las personas", puesto que se entiende en el contexto. Cuando aparece "los administrados", sustituir por "las personas administradas". Estos mismos cambios se recomienda extenderlos a todo el texto .

- En el título I: En el artículo 7.d, cuando dice "ser discriminados" se recomienda sustituir por "sufrir discriminación". En el apartado 7.g, cuando aparece "su interlocutor" se recomienda sustituir por "que será la persona interlocutora" y cuando figura "otro facultativo", se recomienda sustituir por "otra persona facultativa"

- En el capítulo III, artículo 18, cuando aparece "calidad para todos" sustituir por "calidad para todas las personas". En el artículo 24, punto 1, cuando figura "al enfermo crónico", sustituir por "persona con enfermedad crónica", igual en el punto 3.

- En el artículo 25 punto 7, cuando aparece "funcionario de carrera", sustituir por "funcionariado de carrera" o bien "personal funcionario". Aparece varias veces.

-En el artículo 27, apartado 4. Cuando aparece "pacientes expertos" sustituir por "pacientes con formación, con experiencia", o bien otras "personas expertas".

- En el artículo 34 punto 1, cuando aparece "investigadores principales" sustituir por "personas investigadoras principales. En el punto 2, cuando aparece "los residentes", suprimir artículo "los"

3. Se tendrá, además, en cuenta el cumplimiento del principio de no discriminación por razón de sexo en aquellas campañas de información y divulgación que se lleven a cabo, así como la

imagen igualitaria, plural y no estereotipada, en base a los art. 4.10 y art. 57 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía.

En Sevilla a 29 de julio de 2015

La Asesora Técnica de Igualdad

El Jefe de Servicio de Innovación e Igualdad

Fdo. M<sup>a</sup> José de la Rosa Vázquez

Fdo: Javier López Narbona

La Secretaría General de Salud Pública y Consumo

Fdo. Josefa Ruiz Fernández



#### ANEXO DEL INFORME DE OBSERVACIONES.

**Normativa vigente sobre igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres que más frecuentemente afectan a la elaboración del informe de impacto de género.**

- ✦ Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (BOE núm. 71 de 23 de marzo de 2007)
- ✦ Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007)
- ✦ Ley 12/2007 de 26 de noviembre para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (BOJA núm. 247 de 18 de diciembre de 2007)
- ✦ Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género.

A continuación se recogen las referencias legislativas en función de su temática y ámbito:

#### ✦ Transversalidad del principio e igualdad

Art. 5 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

#### ✦ Objetivo de igualdad por razón de género

Art. 6.2 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

#### ✦ Evaluación de impacto de género

Artículo 6 la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Decreto 17/2012, de 7 de febrero, por el que se regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género.

✦ **Datos desagregados por sexo Ley Plan Estadístico de Andalucía**

Estudios y Estadísticas con perspectiva de género Artículo 10 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Presencia equilibrada de mujeres y hombres**

Artículo 11 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

✦ **Contratación y Subvenciones Públicas**

Art. 12.y 13 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Art. 101, art.102 y art. art. 49 Ley 30/2007, de 30 de octubre, de contratos del sector público (BOE nº 261 de miércoles 31 de octubre de 2007)

✦ **Lenguaje administrativo no sexista**

Artículo 9 la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)

Instrucción de 16 de marzo de 2005, de la Comisión General de Viceconsejeros para evitar un uso sexista del lenguaje en las disposiciones de carácter general de la Junta de Andalucía

✦ **Imagen pública, Información y publicidad no sexista**

Artículo 9 y Artículo 54 Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. (BOJA núm. 247 de 18/12/07)



R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA Y ADMINISTRACIÓN LOCAL	
	04 AGO. 2015	
	Registro Auxiliar 26030//0930 Sevilla	Hora

## A LA CONSEJERÍA DE SALUD

Sevilla, 3 de agosto de 2015

### INFORME DE LOS VOCALES DE LA FEDERACIÓN AL-ANDALUS EN EL CONSEJO DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS Y USUARIAS DE ANDALUCÍA AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Los vocales de la Federación AL-ANDALUS en el Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, en ejercicio de la función que le reconoce el Decreto 58/2006 de 14 de marzo de 2006, ante la Consejería de Salud, comparece y como mejor proceda,

#### EXPONE

Que por medio del presente escrito procedemos a evacuar informe respecto del Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y ello en base a las siguientes

#### ALEGACIONES

**PRELIMINAR:** Desde AL-ANDALUS, se realiza una valoración positiva de la iniciativa legislativa, dado su objeto de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, que permitan la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite, independientemente de sus circunstancias sociales o económicas.



No obstante, no podemos obviar la excesiva abstracción con la que se tratan muchas de las cuestiones que regula, la gran extensión de su exposición de motivos y la variedad de expresiones que no quedan redactadas de forma clara e inequívoca, lo cual genera una merma de la eficacia de la norma, que se ve incrementada por el hecho de que diversos aspectos necesitados de posterior desarrollo reglamentario no han sido contemplados a los efectos de prever plazos concretos para ello.

#### **PRIMERA.- Consideración General**

Se valora negativamente la ausencia de una memoria económica adecuada que permita valorar la incidencia económica-financiera que la aplicación futura de esta Ley va a tener en los Presupuestos de la Junta de Andalucía. Entendemos que una norma tan ambiciosa en sus planteamientos va a tener un impacto evidente sobre las cuentas de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que resulta básico el conocimiento previo de la información que solicitamos.

#### **SEGUNDA.- Al artículo 4. Principios de esta Ley**

Con respecto al apartado k) se propone modificar la redacción del texto, quedando el mismo como sigue:

“k) Mejora continua de la calidad *integral en la prestación* de los servicios, situando al paciente como eje del SSPA”.

#### **TERCERA.- Al artículo 7. Garantía de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía**

Con carácter general el artículo 7, a pesar de ser muy extenso en su contenido, enumera una serie de derechos básicos de la ciudadanía ante al SSPA de forma muy escueta o con insuficiente desarrollo, tal es el caso de lo

dispuesto en el apartado 1 i) (tiempo máximo para acceso a los servicios y tratamientos), 1 l) ("soporte técnico adecuado"), m) (acceso a su historial clínico), t) (vías de reclamación y propuestas de sugerencias), solicitando a este respecto una revisión de los mismos, en aras a una regulación más completa y precisa en una materia de la importancia como la que nos ocupa.

En particular sobre el apartado 1 u), se estima conveniente indicar que la carta de derechos y deberes a la que se hace referencia, debe estar expuesta en lugar fácilmente accesible y visible por los usuarios de los centros y establecimientos sanitarios.

En cuanto al apartado 2, que alude de forma expresa a la participación de los Grupos de interés en la gobernanza del SSPA, creemos que este tema requiere una mayor concreción y homogeneidad en la norma que analizamos, a fin de estructurar un sistema donde tengan cabida todos los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía, pero que a la vez, permita una participación efectiva y real que responda a una auténtica vertebración social de nuestra región, y al reconocimiento que hace nuestro Estatuto de Autonomía de las distintas organizaciones y entidades, con especial relevancia, de los agentes económicos y sociales, así como de las organizaciones de personas consumidoras y usuarias.

#### **CUARTA.- Al artículo 15. Uso racional del medicamento**

Con respecto al apartado 3, se interesa la inclusión de un apartado, en el que se prevea la colaboración con grupos de interés, entre los que figuran las organizaciones de consumidores y usuarios más representativas de Andalucía, para el desarrollo de campañas formativas e informativas dirigidas a la ciudadanía, relativas al uso racional del medicamento.

En la misma línea, en dicho apartado letra k), consideramos



imprescindible que tratándose de medidas de educación para la salud, se prevean medidas de información, coordinación y cooperación con las organizaciones de consumidores y usuarios andaluzas como interlocutores básicos de la ciudadanía en la materia en cuestión.

#### **QUINTA.- Al artículo 18. Equidad**

En relación al apartado 2, se solicita un mayor desarrollo en lo que respecta a los estándares de salud a los que se hace alusión, para mayor claridad y concreción de lo prevenido en el mismo.

#### **SEXTA.- Al artículo 20. Diálogo con la sociedad**

Se considera necesario clarificar y concretar su contenido, al objeto de facilitar la comprensión y alcance del precepto.

#### **SÉPTIMA.- Al artículo 22. Calidad de los servicios**

Dada la importancia de la cuestión que se regula en el artículo citado, entendemos necesario que se contemple expresamente la participación de las organizaciones de representativas de los intereses y derechos de los usuarios a la hora de establecer los sistemas de gestión de la calidad asistencial, así como de realizar el seguimiento y evaluación de los mismos.

#### **OCTAVA.- Al artículo 24. Atención a la cronicidad**

Con respecto al apartado 3, se solicita incorporar en el texto al menos, el contenido mínimo del Plan de atención a Crónicos objeto de regulación.



Por lo expuesto, procede y

**SOLICITAMOS A LA CONSEJERIA DE SALUD** que habiendo presentado este escrito, se digne admitirlo, y tenga por emitido informe sobre el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Por ser todo ello de Justicia que se pide en lugar y fecha arriba indicados.

Fdo.: Isabel Peñalosa Vázquez  
Vocal del CPCUA

Fdo.: Pilar Lora León  
Vocal del CPCUA

Fdo.: Antonio Pérez Arévalo  
Vocal del CPCUA

**ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**1 ENTIDAD: Vocales Al Andalus del Consejo de personas Consumidoras y Usuarias Andalucia**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 4. k)	X		Se resuelve eliminando "de los servicios" con lo cual se eliminan dudas sobre el concepto integral de la calidad
Artículo 7		X	Se trata de una valoración general de falta de concreción en la formulación de los derechos. Los derechos usualmente se formulan de forma precisa y su desarrollo y aplicación efectiva suelen ser objeto posterior de desarrollo reglamentario, luego entendemos que no precisa mayor concreción.
Artículo 15.3	X		Se acepta mediante la modificación del 15.3.k a la que se añade la "Colaboración de los grupos de interés y/o Organizaciones ciudadanas para el desarrollo de las medidas de formación e información sobre URM"
Artículo 18		X	Los estándares a que hace referencia el artículo deben ser desarrollados posteriormente
Artículo 20		X	Los instrumentos a que hace referencia el artículo deben ser objeto de desarrollo a posteriori y son imposibles de concretar en un texto legal de esta naturaleza.
Artículo 22	X		SE puede concretar añadiendo un punto 4 que haga referencia a la participación de las organizaciones que representen los derechos e intereses de los usuarios a la hora de establecer los sistemas de gestión de la calidad asistencial.
Artículo 24	X		Se puede aceptar, añadiendo al final del punto 3 del artículo 24 la siguiente adición: "en el cual, partiendo del análisis prospectivo de la situación en Andalucía y contando con las expectativas de pacientes, personas cuidadoras y profesionales se definirán los objetivos y el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en Andalucía, así con los parámetros básicos de su evaluación y seguimiento."

LEG

SGT/SALUD

334

# JUNTA DE ANDALUCIA

Req. 1449/15

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN  
Secretaría General Técnica

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN
	= 7 SEP 2015
	Registro General 1.675

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERÍA DE SALUD
	- 8 SEP. 2015
	Registro General 634/31103 Hora Sevilla

Fecha: 01/09/2015  
Su Referencia: JMSM/CC/IR/118/15  
Asunto: Sdo. Informe

CONSEJERÍA DE SALUD  
Secretaría General Técnica  
Avda. de Hytasa, 14.  
Edif. Junta de Andalucía.  
41071-SEVILLA

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica
09 SET. 2015
N.A. 541

Con fecha 24 de julio de 2015, tuvo entrada en esta Consejería el **ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**, remitido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, con objeto de emitir parecer razonado en informe que podrá ser presentado hasta el 15 de octubre de 2015 inclusive.

Analizado el texto desde el punto de vista de las competencias que corresponden a esta Consejería por el Decreto 207/2015, de 14 de julio, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Educación, esta Secretaría General Técnica no formula observaciones al mismo.

EI SECRETARIO GENERAL TÉCNICO


  
 Fdo. Antonio Olivares Calvo

Rep. 1490 / 14.09.15 VEG

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

REGISTRO DE ENTRADA  
Secretaría General Técnica

15 SET. 2015

N.º: 563

Fecha: 7 de septiembre de 2015  
Ntra. Ref.ª: Legislación 2015-40-39/CBB  
Su Ref.ª: JMSM/CC/IR/118/15  
Asunto: Remitiendo observaciones

**CONSEJERÍA DE JUSTICIA E INTERIOR**  
Secretaría General Técnica

**CONSEJERÍA DE SALUD**  
Secretaría General Técnica  
Avda. de Hytasa, 14, Edif. Junta de Andalucía  
41071 SEVILLA

SGT  
332

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	
	14 SEP. 2015	
	Registro General 634/31611	3 Hora Sevilla

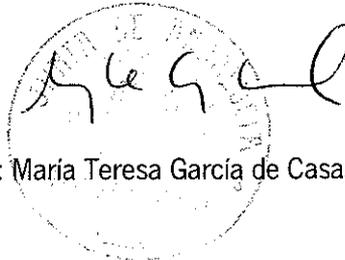
9619

Por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud se ha remitido el anteproyecto de «LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA», para que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se formulen las observaciones y sugerencias que se consideren oportunas.

El anteproyecto tiene por objeto garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, asegurando los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, y con los contenidos mínimos que permitan la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite, independientemente de sus circunstancias sociales o económicas. Además de las medidas sobre garantías y sostenibilidad económica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, el anteproyecto prevé medidas para garantizar la sostenibilidad social y medioambiental, así como la sostenibilidad del conocimiento, la investigación y la innovación.

Examinado el texto remitido, puede afirmarse que las normas que se incluyen en el anteproyecto de ley no inciden directamente en los ámbitos materiales de competencia que se atribuyen a la Consejería de Gobernación y Justicia por el Decreto de la Presidenta 12/2015, de 17 de junio, de la Vicepresidencia y sobre reestructuración de Consejerías, y el Decreto 214/2015, de 14 de julio, que establece su estructura orgánica, por lo que no se formulan observaciones ni sugerencia alguna.

La Secretaria General Técnica



Fdo.: María Teresa García de Casasola Gómez



**INFORME QUE EMITE EL SERVICIO DE LEGISLACIÓN, RECURSOS Y DOCUMENTACIÓN, DE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA, EN RELACIÓN AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.**

Examinado el texto del anteproyecto de ley, se realizan las siguientes observaciones, de orden esencialmente formal:

- Se sugiere una revisión del concepto de ciudadanía que establece este anteproyecto de ley (artículo 2), en relación esencialmente al contenido del artículo 7, relativo a la *"Garantía de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía"*. Todo ello, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en el artículo 3 de la Ley 2/1998, de salud de Andalucía.

Puede plantear dudas la interpretación del artículo 7, en relación con el 9.

En consecuencia, se estima conveniente definir con mayor precisión el ámbito subjetivo de este Anteproyecto de Ley.

- Sobre el empleo de la *"lex repetita"*, se recuerda la doctrina del Consejo Consultivo de Andalucía (entre otros, dictámenes 815/2013 y 73/2014), que alude a la necesidad de observar cautelas de fondo y forma. Poniendo de manifiesto que debe quedar identificado el origen estatal de una determinada norma, evitando cualquier confusión al respecto. Y que cuando se traslade a una disposición autonómica preceptos de general aplicación en toda España, debe ponerse el cuidado necesario en revisar la redacción que emplean los artículos afectados, a fin de guardar fidelidad con la norma reproducida (así la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y otras).
- Sin perjuicio de lo indicado en los apartados precedentes, es aconsejable revisar la redacción del **artículo 7**, con la finalidad de que su título guarde coherencia con la expresión utilizada en su primer apartado.

**Art. 7.1.d).**- Si bien este apartado tiene una redacción similar al artículo 6.1.b) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de salud de Andalucía, cuya derogación propone este anteproyecto de ley, no obstante, se sugiere citar expresamente las razones concretas de discriminación que se pretenden evitar.

En este sentido, el artículo 10 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, redactado por el apartado uno del artículo 6 de la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, establece: *"Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:*

*"1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social. "*

Por otra parte, el artículo 14 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, dentro del Capítulo I, del Título 1 "Derechos sociales, deberes y políticas públicas", establece que:



*“Se prohíbe toda discriminación en el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de los deberes y la prestación de los servicios contemplados en este Título, particularmente la ejercida por razón de sexo, orígenes étnicos o sociales, lengua, cultura, religión, ideología, características genéticas, nacimiento, patrimonio, discapacidad, edad, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. La prohibición de discriminación no impedirá acciones positivas en beneficio de sectores, grupos o personas desfavorecidas.”*

- **Artículo 14.1.c.)-** Sobre la mención al desarrollo de plataformas electrónicas de compra y aplicación de tecnologías de la información que consigan la máxima agilización y transparencia de los procedimientos administrativos de compras de bienes y servicios, deberá tenerse en cuenta lo previsto en el artículo 8 de la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno y el 15 de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía, y demás disposiciones concordantes en la materia.

Se sugiere hacer referencia en este apartado a lo dispuesto en la legislación en materia de transparencia pública, tal como se hace en el artículo 27.1 de este Anteproyecto de Ley.

Esta observación es asimismo aplicable al artículo 15.3.h), que alude al desarrollo de “sistemas de transparencia y publicidad de las subvenciones”.

- **Artículo 16.3.-** Puede ser más adecuado que “el establecimiento del mecanismo de participación profesional para el apoyo a la toma de decisiones”, se regule normativamente, a través de disposición reglamentaria.
- **Artículo 17.3.-** En relación a la “*transparencia en los procesos de selección temporal*”, se sugiere añadir un inciso: “*de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1.k) y concordantes de la Ley 1/2014, de 24 de junio, de Transparencia Pública de Andalucía*”.
- **Artículo 17.4.-** Se sugiere sustituir la expresión “*Las entidades integrantes del SSPA seguirán avanzando en la integración de la prevención de riesgos laborales*”, por otra más adecuada al contenido del artículo 14.1 y .2 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

El primer apartado del artículo 14 establece que los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo y que el citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.

Por otra parte, el segundo apartado reconoce expresamente que: “*En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, con las especialidades que se recogen en los artículos siguientes en materia de plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos, información, consulta y participación y formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, y mediante la constitución de una organización y de los medios necesarios en los términos establecidos en el capítulo IV de esta ley.*”



Se sugiere en consecuencia modificar levemente la redacción de este precepto en términos similares a los siguientes: *"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, las entidades integrantes del SSPA garantizarán la seguridad y salud de los profesionales del Sistema Sanitario Público, a estos efectos realizarán la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa...."*

En otro caso, se propone hacer una remisión general al deber de estas entidades de garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo en los términos establecidos en la Ley citada y disposiciones de desarrollo.

- **Artículo 17.5.y 6.-** Es conveniente incorporar una remisión general a la normativa reguladora de la materia.
- **Artículo 34.-** Puede ser aconsejable definir el concepto *"masa crítica estable de investigadores principales"* y *"grupos emergentes"*, o completarlas.
- **Disposición final primera.-** Se sugiere una redacción alternativa según la fórmula aconsejada por el Gabinete Jurídico:

*"El desarrollo reglamentario de esta ley se llevará a efecto de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 112 y 119.3 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y 44 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía."*

- Finalmente, nos parece aconsejable una revisión general del texto del Anteproyecto de Ley, desde el punto de vista gramatical. Con la finalidad de eliminar algunas discordancias y pequeñas deficiencias de redacción (ej: uso de mayúsculas y minúsculas, signos de puntuación). Con este fin, se sugiere mejorar la redacción de lo siguientes preceptos: artículo 7.1.d) (expresión *"o a las personas vinculadas de hecho a ella"*); artículo 8.1 (es más adecuado desde un punto de vista de técnica jurídica no separar el sujeto y el verbo, indicando: *"La Comunidad Autónoma de Andalucía establecerá, en el ámbito de sus competencias"*), artículo 8.2, para su mayor comprensión; artículo 18.1 (revisión gramatical del último inciso); artículo 26.1 (revisión gramatical del primer apartado; artículo 27.b) 4º, en relación con el encabezamiento de este apartado.

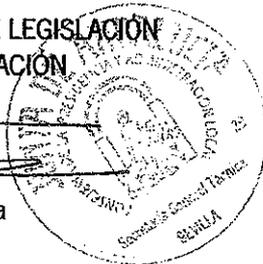
Sevilla a 18 de septiembre de 2015.

LA ASESORA TÉCNICA JURÍDICA

Fdo.- M<sup>a</sup> Eugenia Real Heredia

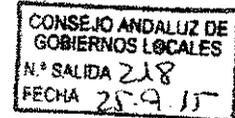
EL JEFE DEL SERVICIO DE LEGISLACIÓN  
RECURSOS Y DOCUMENTACIÓN

Fdo.- Guillermo Rodrigo Vila



CONSEJO ANDALUZ DE  
GOBIERNOS LOCALES

SECRETARÍA GENERAL



N. Ref: CAGL15/025-r

SRA. D<sup>ña</sup>. ISABEL NIÑOLES FERRÁNDEZ  
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN LOCAL  
CONSEJERIA DE ADMINISTRACIÓN LOCAL  
Y RELACIONES INSTITUCIONALES  
JUNTA DE ANDALUCÍA

Sevilla, 25 de septiembre de 2015

El Consejo Andaluz de Gobiernos Locales, visto el Anteproyecto de "LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA", remitido para trámite de informe previsto en el artículo 57.2 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía, no formula observaciones al citado texto.

Lo que le comunico para su conocimiento y efectos.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' and 'N' with a horizontal line through them. The initials 'A.N.' are visible within the signature.

Antonio Nieto Rivera

LEG Releg: 1702/19-10-15 SG-1632



Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía	
	14 OCT. 2015	
	Registro Auxiliar Servicios Centrales 34167	Hora

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica	
16 OCT. 2015	
N.º:	801

CONSEJERÍA DE SALUD  
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA  
Avda. de Hytasa, 14  
41006- SEVILLA

118/15

R E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD	
	15 OCT. 2015	
	Registro General 2100/371	Hora Sevilla

Fecha: 06/10/2015  
Ntra.Rfa.: SG/OJC/RM  
Asunto: Rdo. Observaciones Anteproyecto  
Extpe: 108/2015

Se ha recibido en la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, al objeto de que se realicen observaciones al mismo.

Se pone en su conocimiento que desde este Centro Directivo no se realizan alegaciones al texto remitido, más allá de destacar la relevancia de lo establecido en el artículo 26 sobre la coordinación de lo social y lo sanitario en relación con la prevención y atención a las personas en situación de dependencia

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y POLÍTICAS SOCIALES  
Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía  
JUNTA DE ANDALUCÍA  
Servicios Centrales

LA SECRETARIA GENERAL

*[Handwritten Signature]*

Edo.: Juana M<sup>a</sup> Gomar Tinoco

821

**OBSERVACIONES RELATIVAS AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICA DE ANDALUCÍA**

Visto el Anteproyecto de Ley referido, se transcriben las observaciones remitidas por diferentes centros directivos de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, así como las de la Secretaría General Técnica, sin perjuicio de aquellas otras observaciones que puedan ser emitidas por otros órganos directivos a lo largo de la tramitación del presente Anteproyecto.

**OBSERVACIONES.**INTERVENCIÓN GENERAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA**1. RESPECTO A LOS DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA TRAMITACIÓN DEL ANTEPROYECTO.**

Entre los antecedentes y estudios previos relativos al mencionado texto normativo, se deberá incluir una Memoria económica, en los términos y las condiciones establecidas por el Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, por el que se regula la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económica-financiera. También deberá incorporarse a las actuaciones, de conformidad con lo previsto en la mencionada norma reglamentaria, el informe de la Consejería de Hacienda y Administración Pública, a través de la Dirección General de Presupuestos.

La no aportación de los documentos citados en el párrafo anterior impide comprobar la adecuación del impacto económico y presupuestario de la norma propuesta a lo exigido por la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, en su *Artículo 7. Principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos*, especialmente en su apartado 3.

Ninguno de los mencionados documentos referidos en este punto le constan a esta Intervención General.

**2. AL ARTÍCULADO DEL ANTEPROYECTO. Al Artículo 13. Ingresos generados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Dispone este artículo que : *“Estarán afectos a la autofinanciación del SSPA, los ingresos que se generen por su actividad en investigación, desarrollo e innovación, facturación y cobro de la asistencia sanitaria prestada en los casos legal, reglamentariamente o convencionalmente previstos, los ingresos ordinarios o extraordinarios que estén autorizados a percibir por los convenios con otras Administraciones*

# JUNTA DE ANDALUCÍA

822

*para la prestación de la asistencia sanitaria, así como cualquier otro recurso que le pudiese ser atribuido o asignado”.*

La previsión de afectación de ingresos contenida en este artículo cumpliría con el principio de reserva legal existente en esta materia (art.9.1.h) del TRLGHP). No obstante dado el carácter excepcional de esta figura, debería constar una mejor y mayor justificación de esta afectación del gasto (naturaleza, gestión, competencia, entre otros aspectos). Debe recordarse que este asunto requiere además un seguimiento y monitorización desde los órganos competentes de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.

## SECRETARÍA GENERAL DE HACIENDA

1. En la exposición de motivos, en el último apartado “in fine”, indica *“entre las que presenta especial relevancia la disposición adicional segunda, por contener una regulación del Primer Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía”*, debiendo suprimir este apartado por no contener la ley dicha disposición.

2. En el artículo 7 apartado I, debe sustituirse el término “oblaciones” por “obligaciones”.

3. En el artículo 15, debe considerarse la sustitución del término “partenerio” por asociación.

4. La disposición derogatoria única, deroga los artículos 6 y 43 de la Ley 2/1988, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, referidos a los derechos de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía y a la definición del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

A este respecto cabe señalar que el Anteproyecto de Ley que se está comentando, en la exposición de motivos, en el apartado II, párrafo 8, señala que *“La Ley de Salud de Andalucía (.../...) igualmente define los derechos y obligaciones de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios de Andalucía...”* y más adelante indica que *“define el Sistema Sanitario Público de Andalucía”*.

Por tanto, si la Ley de Salud de Andalucía regula estos extremos, se propone que en lugar de la derogación de los artículos 6 y 43, se modifique en el sentido que establece los artículos 3 y 7 del presente Anterproyecto de Ley.

## SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA.

1. Artículo 12. Se regula en este artículo la creación de un Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía. De los aspectos fundamentales de su regulación destaca que será aprobado por el Consejo de Gobierno y que su duración será de cuatro años. Asimismo se establece en el apartado 4

que: "El Proyecto de Ley de Presupuesto anual de la Comunidad Autónoma recogerá las cantidades previstas en dicho Plan para la financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía".

A este respecto observar, que no puede condicionarse el Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía, pues la elaboración del Presupuesto esta sujeta a unos escenarios económicos anuales y plurianuales cambiantes y, por tanto, su elaboración, no puede vincularse a las previsiones estáticas establecidas en un Plan de Gestión cuya vigencia es de 4 años.

2. Artículo 13. Respecto, a la afectación de los ingresos prevista en este artículo, señalar en primer lugar que algunos de los ingresos contemplados tienen la consideración de precios públicos de acuerdo con la Ley 4/1988, de 5 de julio, de Tasas y Precios Públicos de Andalucía y con el Acuerdo de 21 de junio de 2005, del Consejo de Gobierno, por el que se determinan servicios y actividades de carácter sanitario susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos, y, modificado recientemente por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 31 de marzo de 2015. Por ello el régimen jurídico de los mismos viene determinado por la normativa antes citada, sin perjuicio de los efectos de la entrada en vigor de este Anteproyecto de Ley.

Por otro lado, el resto de ingresos descritos en el texto del articulado conforma una heterogeneidad de supuestos que exceptúan el principio general de no afectación de los ingresos, establecido en el artículo 9.1.h) del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía. Dicha heterogeneidad requiere una mayor justificación y concreción normativa.

Sevilla, 13 de octubre de 2015

El Jefe del Servicio de Legislación



Fdo. Jaime López Melendo Lannes

Vº Bº  
La Secretaria General Técnica

Fdo. M<sup>º</sup> del Mar Clavero Herrera



534

W6 REleg: 1703/19-10-

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERIA DE ECONOMIA Y CONOCIMIENTO  
Secretaría General Técnica

JUNTA DE ANDALUCIA  
CONSEJERIA DE SALUD

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERIA DE ECONOMIA Y CONOCIMIENTO
	13 OCT. 2015
	Registro General Secretaría General Técnica 2986 3.11 Sevilla

E C E P C I O N	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERIA DE SALUD	
	14 OCT. 2015	
	Registro Auxiliar 2110/1088 4 Sevilla	Hora

CONSEJERIA DE SALUD  
SECRETARIA GENERAL TÉCNICA  
Avda. de Hytasa, 14, Edif. Junta de Andalucía  
41071 - SEVILLA

Asunto: Contestación solicitud observaciones.  
N/Ref.: Expte. 94/2015. RRI/PPS.

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica
16 OCT. 2015
N.º: 799

118/15

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en respuesta a su solicitud de observaciones por parte de esta Consejería de Economía y Conocimiento al Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, consultadas nuestras Secretarías Generales, se comunica que no se realizan observaciones al texto sometido a consulta.

Sevilla, 13 de octubre de 2015  
 LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA  
  
 María Luz Osorio Teva  


Exp. 1842/28. 10.15

925

**JUNTA DE ANDALUCIA**

**CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO**  
Secretaría General Técnica

RECEPCION	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERIA DE SALUD	
	23 OCT. 2015	
	Registro Auxiliar 2110/1769	J Hora Sevilla

SALIDA	JUNTA DE ANDALUCIA CONSEJERIA DE EMPLEO, EMPRESA Y COMERCIO	
	21 OCT. 2015	
	Registro General Secretaría General Técnica	3.12 3671 Sevilla

**CONSEJERÍA DE SALUD**  
**SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA**  
**Avda. de Hytasa, 14, Edif. Junta de Andalucía**  
**41071 - SEVILLA**

REGISTRO DE ENTRADA Secretaría General Técnica	
27 OCT. 2015	
N.º:	909

**Asunto:** Contestación solicitud observaciones.  
**N/Ref.:** Expte. 91/2015. RRI/PPS.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.4 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y en respuesta a su solicitud de observaciones por parte de esta Consejería de Empleo, Empresa y Comercio, al Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, consultadas nuestras Secretarías Generales, se transcriben las realizadas por los Centros Directivos que a continuación de indican, dependientes de la Secretaría General de Empleo:

- La Dirección General de Relaciones Laborales y Seguridad y Salud Laboral indica: *"la ausencia de mención alguna a la salud laboral, a excepción de la mención indirecta hecha en el artículo 23 referida a la promoción de la salud, entre otros, en el ambiente laboral."*
- La Dirección General de Formación Profesional para el Empleo indica que: *"sería adecuado realizar alguna mención a la Formación para el Empleo en su artículo 35, aunque fuese de forma genérica."*

Sevilla, 22 de octubre de 2015  
LA SECRETARIA GENERAL TÉCNICA

*Susana Domínguez Calderón*

3.14  
Secretaría General Técnica  
SEVILLA

## INFORME QUE EMITE LA SECRETARIA GENERAL SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.

Con relación a la solicitud de informe formulada por la Secretaría General Técnica con fecha 14 de septiembre de 2015, en el marco de las competencias atribuidas a esta Secretaría General en el artículo 7 del *Decreto 206/2015, de 14 de julio, por el que se aprueba la estructura orgánica de la Consejería de Hacienda y Administración*, se formulan las siguientes consideraciones en relación con el anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía:

Primera: Razones de técnicas normativas y seguridad jurídica aconsejan que el anteproyecto proceda a la **refundición de las dos leyes autonómicas vigentes en la materia**, a saber: la *Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía* y la *Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía*, a fin de evitar que en nuestra Comunidad Autónoma existan tres leyes en materia de salud con diferentes definiciones, principios y regulaciones esenciales del sistema sanitario público de Andalucía.

Segunda: En relación con lo dispuesto en el **artículo 26 del anteproyecto**, regulador de las Unidades de Gestión Clínica de todo el sistema sanitario público de Andalucía, se observa que el **número 8** del precepto se refiere a los puestos de estructura de dirección de dichas unidades de gestión clínica, como cargos intermedios, si bien, por su contenido, parece que sólo se refiere a dichos puestos en el Servicio Andaluz de Salud. Se echa en falta, por tanto, que la regulación que corresponde a dichos cargos intermedios se refiera, también, a sus equivalentes en las agencias públicas hospitalarias sanitarias.

Y ello por cuanto siendo el sistema sanitario público de Andalucía único, con unos mismos objetivos, bajo una misma dirección por parte de la Consejería con competencias en materia de salud a quién corresponde la coordinación e integración funcional de todos los recursos sanitarios, y con un personal con entidad propia, los profesionales de la salud pública, resulta necesario la homogeneidad en el tratamiento de los mandos intermedios de todo el sistema sanitario público de la Junta de Andalucía, a fin de evitar que un tratamiento desigual, de iguales profesionales, genere disfunciones organizativas que afecten al funcionamiento correcto y eficaz de nuestro sistema sanitario.

A tal efecto, se considera que procede tomar como referencia los perfiles profesionales de los mandos intermedios y directivos del Servicio Andaluz de Salud, por constituir esta agencia la base del modelo prestacional sanitario en la Junta de Andalucía, modelo que han asumido las agencias públicas sanitarias desde su origen.

En Sevilla a 22 de octubre de 2015.

LA SECRETARIA GENERAL PARA  
LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.



Fdo. Lidia Sánchez Milán.



**INFORME CCUA N°22/2015**

893

**A LA CONSEJERÍA DE SALUD**

**Sevilla a, 3 de noviembre de 2015**

**INFORME DEL CONSEJO DE LAS PERSONAS CONSUMIDORAS Y  
USUARIAS DE ANDALUCÍA AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS  
Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.**

El Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarias de Andalucía, en ejercicio de la función que le reconoce el Decreto 58/2006 de 14 de marzo de 2006, ante la Consejería de Salud, comparece y como mejor proceda,

**EXPONE**

Que por medio del presente escrito procedemos a evacuar informe respecto al Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y ello en base a las siguientes:

**ALEGACIONES**

**PRIMERA.- Consideración General.**

Desde este Consejo se realiza una valoración positiva de la iniciativa legislativa, dado su objeto de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, bajo los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, que permitan la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite independientemente de sus circunstancias sociales o económicas.

894

No obstante, es necesario destacar que la extensión y el contenido de la exposición de motivos hacen que ésta parezca más bien la introducción de un Plan de Salud a una exposición de motivos de una norma de estas características.

Por otra parte, entiende este Consejo que el texto merece una revisión en su conjunto, pues parece más un compendio resumido y salteado de otras normas existentes, Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y Ley 16/2001, de 23 de diciembre, de Salud de Andalucía, que una norma integral, bien construida y cohesionada.

En relación a lo anterior, es necesario destacar que, a lo largo de la norma se hace mención a la elaboración de diversos Planes y no se alude al Plan Andaluz de Salud como Plan marco de las políticas en salud del que se presume se derivan el resto. Por ello, se considera necesario, para una mejor sistemática de la norma, que se incluya en el articulado un precepto relativo a la planificación, donde además se prevean plazos para su desarrollo.

En otro orden de cosas, preocupa a este Consejo otros elementos introducidos en la norma que representan auténticos retrocesos, e implican contradicciones que deben ser revisadas. Nos referimos a la definición de ciudadano a efectos de la norma, considerando que va en contra del principio de universalidad, cuestión que será desarrollada más adelante.

Por último, en cuanto a la participación social, entendemos que en la norma no se le da el tratamiento que merece, siendo un valor o principio básico y esencial sobre el que se asienta el sistema sanitario público andaluz. A lo largo del articulado son diversos los momentos en los que se hace mención a la participación, pero tan sólo se dedica un artículo a ello (art. 20) de carácter genérico donde se recoge que han de crearse instrumentos estables que garanticen dicha participación, pero no se concreta en un compromiso expreso, ni tan siquiera, como en otros ámbitos, se prevé la elaboración de un Plan de Participación con un plazo concreto para su desarrollo, teniendo en cuenta la situación actual donde asistimos a un incumplimiento de lo recogido

en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y sin haber desbloqueado la situación del Consejo Andaluz de Salud. Por tanto, se considera necesario que una norma como la que se comenta, con los objetivos que se persiguen con ella, hubiese garantizado en todo caso, la participación eficaz y activa de la sociedad civil estructurada y en especial de las organizaciones que legítimamente representan a las personas consumidoras y usuarias en nuestra comunidad autónoma.

### **SEGUNDA.- Consideración General.**

Se valora negativamente la ausencia de una memoria económica adecuada que permita valorar la incidencia económica-financiera que la aplicación futura de esta Ley va a tener en los Presupuestos de la Junta de Andalucía. Entendemos que una norma tan ambiciosa en sus planteamientos va a tener un impacto evidente sobre las cuentas de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que resulta básico el conocimiento previo de la información que solicitamos.

### **TERCERA.- Al artículo 2, Definiciones.**

Se propone la inclusión de las definiciones de los siguientes términos: equidad, universalidad e igualdad efectiva, al igual que se incluyen los conceptos de eficiencia y sostenibilidad, ya que todos aparecen en la exposición de motivos como valores o principios a los que responde el sistema de salud de nuestra comunidad y que se mencionan en el objeto de la norma.

Por otro lado, y en cuanto al concepto de ciudadano, al estar referido al art. 5 del Estatuto de Andalucía (...gozan de la *condición política de andaluces o andaluzas los ciudadanos españoles que, de acuerdo con las leyes generales del Estado, tengan vecindad administrativa en cualquiera de los municipios de Andalucía...*) consideramos que es un concepto que restringe y reduce su ámbito a la población andaluza y que resulta contradictorio con el resto de la norma y el principio de universalidad, más si tenemos en cuenta el art. 1 relativo al objeto de la norma, y el art. 9 relativo a garantía de la

896

universalidad de la asistencia que remite al art. 3.5 de la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía. Por tanto ha de cambiarse el concepto o remitir su definición al menos al art. 3.5 de la Ley 2/1998, de 17 de julio, de Salud de Andalucía.

#### **CUARTA.- Al artículo 3. El Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Este artículo viene a sustituir el art. 43 de la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía, derogando expresamente éste y añadiendo al texto "formación e investigación sanitaria". Desde este Consejo entendemos que en la definición ha de hacerse mención al carácter universal del Sistema Andaluz de Salud.

#### **QUINTA.- Al artículo 4. Principios de esta Ley.**

Respecto al principio de universalidad, como se ha indicado en alegaciones anteriores, el que vaya unido al concepto de ciudadanía dado por la norma, resulta ser contradictorio con el principio mismo de universalidad y con lo recogido en la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía. Por tanto, se propone la supresión del final de la frase "para *toda la ciudadanía*".

Por otro lado, también se echa en falta que no se haya previsto un principio relativo a la financiación pública del sistema, por lo que se interesa su inclusión.

Con respecto al apartado k) se propone modificar la redacción del texto, quedando el mismo como sigue:

"k) Mejora continua de la calidad *integral* en la prestación de los servicios, situando al paciente como eje del SSPA".

**SEXTA.- Al artículo 5. Perdurabilidad del Sistema sanitario Público de Andalucía.**

Este Consejo entiende necesario, dada la finalidad de la norma, que se incluya en el precepto que también se garantizará la financiación pública de la asistencia sanitaria.

**SÉPTIMA.- Al artículo 7. Garantías de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

En el título del artículo se indica "...derechos de la ciudadanía...", punto en el que reproducimos lo mencionado en alegaciones precedentes en relación a dicho concepto, que entendemos restrictivo y contradictorio con el art. 3 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, así como con el art. 1 de la norma que se comenta. Por tanto se solicita la modificación del título del precepto.

En opinión de este Consejo, dicho artículo no viene a aportar más de lo ya recogido en el art. 6 de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, con el añadido de otros derechos previstos en normas posteriores a ésta como por ejemplo el apartado j).

**OCTAVA.- Al artículo 7. Garantías de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Se debería establecer el derecho expreso a la formación e información de la promoción y prevención, así como reconocer mecanismos expresos que faciliten al ciudadano la posibilidad de realizar acciones preventivas desde la atención primaria, al considerar dicha fase del proceso de capital importancia dentro del sistema sanitario actual.

En ese sentido el artículo 13 de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, establece el derecho a las acciones preventivas de salud pública, entendiendo al respecto que éstas deberían ser el punto de

898

partida para el desarrollo y concreción de los derechos que se establecen en la norma que venimos a informar.

**NOVENA.- Al artículo 7. 1. c) Garantías de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

En dicho apartado relativo a la información sobre los servicios y prestaciones sanitarias resulta necesario añadir junto "*a que pueden acceder*" cómo acceder.

**DÉCIMA.- Al artículo 7.2 Garantías de los derechos de la ciudadanía ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

En cuanto al apartado 2, que alude expresamente a la participación de los Grupos de interés en la gobernanza del SSPA, entiende este Consejo que este tema requiere un mayor desarrollo, concreción y homogeneidad en la norma que analizamos, a fin de estructurar un sistema donde tengan cabida todos los ciudadanos y ciudadanas de Andalucía, pero que a la vez permita una participación efectiva y real que responda a una auténtica vertebración social de nuestra región, con un papel relevante de las organizaciones de personas consumidoras y usuarias de Andalucía.

Dada la situación actual en la que se encuentra la participación ciudadana, antes expuesta en alegaciones precedentes, desde este Consejo se solicita se establezca un compromiso expreso para el desarrollo reglamentario de este importante aspecto, previendo un plazo expreso para ello.

**DECIMOPRIMERA.- Al artículo 8.2 Garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Se propone la sustitución del verbo "podrá" por "arbitrará" en la frase "... *la Comunidad Autónoma Andaluza podrá arbitrar las medidas necesarias para*

*minimizar el impacto en la ciudadanía y que ninguna persona quede excluida de una prestación por razones económicas”.*

**DECIMOSEGUNDA.- Al artículo 9. Garantía de la universalidad de la asistencia.**

En dicho precepto se interesa se añada al final del mismo: “...en los términos establecidos por la Organización Mundial de la Salud”.

**DECIMOTERCERA.- Al artículo 10.f. Garantía de los valores en los que se fundamenta la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Este Consejo considera que el apartado de referencia es muy genérico y que debe abarcar también el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en materia de salud. Por tanto proponemos la inclusión de estos términos en la redacción del apartado f).

**DECIMOTERCERA.- Al artículo 12.1 Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Se echa en falta que dentro del contenido que integra el plan de gestión no se haya previsto la realización de un diagnóstico previo de la situación que sirva de punto de partida para definir las líneas de actuación.

Por otro lado, también se estima necesario que se incluya en el contenido un nuevo apartado relativo al establecimiento de mecanismos de seguimiento y evaluación del Plan.

**DECIMOCUARTA.- Al artículo 12.3 Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

En la norma se establece que en la Ley de Presupuestos anual de la Comunidad Autónoma se recogerán las cantidades previstas en el Plan de

900

Gestión para la financiación del sistema Sanitario Público de Andalucía. Por tanto siendo de tal trascendencia dicho Plan de Gestión, resulta preocupante que no se establezca plazo alguno para su elaboración ni en el articulado, ni en sus disposiciones, además de considerar demasiado tiempo el periodo de vigencia del Plan, salvo que se articulen mecanismos que puedan hacer variar su presupuesto para adecuarlo a las necesidades de cada momento, dado que la Ley de presupuestos de la Comunidad Autónoma es anual.

**DECIMOQUINTA.- Al artículo 14. Compra de bienes y servicios.**

Este artículo viene a establecer una serie de criterios para una adecuada gestión del dinero público, es por ello que entendemos que la norma debería de introducir mecanismos de publicidad, transparencia y control por parte de la ciudadanía, y en especial, de los grupos de interés afectados directa o indirectamente por la adecuada gestión de estos recursos económicos.

**DECIMOSEXTA.- Al artículo 14.1. Compra de bienes y servicios.**

Este Consejo considera importante incluir que, independientemente de buscar conseguir la optimización de los recursos y la mejora de la eficiencia económica, se introduzca un criterio de calidad y seguridad que garantice en todo caso la eficacia y calidad adecuada de la prestación, ya que tal y como está redactado el anteproyecto sólo se tienen en cuenta criterios economicistas para la ordenación de las adjudicaciones de obra y compra de bienes y servicios.

**DECIMOSÉPTIMA.- Al artículo 14.4. Compra de bienes y servicios.**

En relación a este apartado se entiende necesario el establecimiento de un plazo para el desarrollo reglamentario, dada la trascendencia del asunto que se analiza.

### **DECIMOCTAVA.- Al artículo 15. 2 Uso Racional del Medicamento.**

En el apartado 2 se dispone que, en relación a la prestación farmacéutica se promoverán el desarrollo de programas orientados a racionalizar el empleo de los recursos farmacéuticos en los centros y servicios sanitarios con criterios de *“efectividad, seguridad y coste, mediante la implantación de estrategias de uso racional del medicamento...”*. Al respecto, entiende este Consejo que se utilizan criterios estrictamente economicista sin tener en cuenta que en la relación coste beneficio también debe atenderse a una perspectiva social. Así mismo, el término *“efectivo”* resulta ambiguo proponiendo su sustitución por otro término que implique capacidad para mejorar la salud, beneficio para la salud, eficacia o utilidad terapéutica.

Por otra parte, se echa en falta que no se haya previsto en este aspecto programas de educación sanitaria dirigida a la población, elaborados con la colaboración de la sociedad civil organizada. Por tanto se propone su inclusión en el precepto que se analiza.

### **DECIMONOVENA.- Al artículo 16.3. Tecnologías sanitarias.**

Desde este Consejo se considera necesario que se incluya la participación ciudadana en la toma de decisiones para la inclusión de tecnologías sanitarias, puesto que afectan al usuario del sistema y por tanto ha de contarse con su opinión. Al respecto, ponemos como ejemplo algunos ya incluidos como la tarjeta sanitaria o la receta electrónica.

### **VIGÉSIMA.- Al artículo 17.3 Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Se interesa una mejora de la redacción del apartado 3 para una mayor comprensión del mismo, puesto que no quedan claras las garantías necesarias a cumplir en los procesos de selección tanto del personal temporal como fijo. En todo caso ha de garantizarse la agilidad y la transparencia en todos los procesos de selección.

**VIGESIMOPRIMERA.- Al artículo 18. Equidad.**

En relación al apartado 2, se solicita un mayor desarrollo en lo que respecta a los estándares de salud a los que se hace alusión, para mayor claridad y concreción de lo prevenido en el mismo.

**VIGESIMOSEGUNDA.- Al artículo 20. Diálogo Social.**

Entiende este Consejo que este precepto es escaso y genérico. No se concretan cuáles son esos *"instrumentos estables que garanticen el diálogo continuo y fluido..."* teniendo en cuenta la situación actual donde, como se ha señalado anteriormente, asistimos a un incumplimiento de lo recogido en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en cuanto a los instrumentos de participación establecidos en la misma. Por tanto, consideramos necesario que se definan cuáles son esos instrumentos en los que se basará el diálogo con la sociedad civil estructurada y en especial con las organizaciones que legítimamente representan a las personas consumidoras y usuarias en nuestra Comunidad Autónoma.

Se trae a colación lo expuesto con anterioridad, en el sentido de que no se prevé ni tan siquiera, como si se ha previsto en otros aspectos de la norma, la elaboración de un Plan de participación con un plazo concreto para su desarrollo.

**VIGESIMOTERCERA.- Al artículo 22. Calidad en los servicios.**

El artículo dispone que para el Sistema Sanitario Público Andaluz la calidad de los servicios es una prioridad, pero no se define en el precepto como se va articular ese sistema de gestión de calidad asistencial. Es por ello que se considera necesario se establezca la elaboración de un Plan específico, así como un plazo para ello.

De otra parte, dada la importancia de la cuestión que se regula en el artículo citado, se entiende conveniente se contemple expresamente la

participación de las organizaciones representativas de las personas consumidoras y usuarias a la hora de establecer los sistemas de gestión de la calidad asistencial, así como de realizar el seguimiento y evaluación de los mismos.

**VIGESIMOCUARTA.- Al artículo 23. Promoción y prevención de la salud.**

Si bien entiende este Consejo adecuada la referencia expresa a la promoción y prevención de la salud en este artículo, no obstante sería oportuno que este elemento quedara integrado en el conjunto de la norma, haciendo alusión al mismo en el desarrollo de los distintos aspectos previstos en la Ley, ya que en caso contrario aparece como un elemento separado y diferenciado del resto de fases del procedimiento.

Asimismo, ha de incluirse en el apartado 3 la colaboración de la sociedad civil organizada para el desarrollo de proyectos y programas de promoción de la salud principalmente en los entornos educativos, sanitarios, comunitarios y laborales.

**VIGESIMOQUINTA.- Al artículo 24. Atención a la cronicidad.**

El envejecimiento progresivo de la población y los estilos de vida hace que cada vez sean más el número de enfermos crónicos en nuestra sociedad, de ahí la importancia de abordar este asunto, considerando necesario que se establezca la obligación de elaborar cada cierto tiempo, al igual que se ha recogido para otros aspectos en la norma que se comenta, un Plan de Atención a los Enfermos crónicos. Si bien es cierto que en la actualidad existe un plan vigente, entendemos necesario dar garantías a su continuidad.

En otro orden de cosas, con respecto al apartado 3, se solicita incorporar en el texto, al menos el contenido mínimo del Plan de atención a Crónicos objeto de regulación.

**VIGESIMOSEXTA.- Al artículo 27. Gestión abierta: transparencia y participación del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Este Consejo considera el precepto poco desarrollado y escaso. Al respecto, entendemos que hubiera merecido de un capítulo dedicado a la participación en el que se hubiera provisto de los mecanismos e instrumentos en los que se basará la efectiva participación, así como la previsión de la elaboración de un Plan estableciendo un plazo concreto para ello.

Por tanto, se reproduce lo indicado a lo largo del presente informe en lo relativo al diálogo social.

**VIGESIMOSÉPTIMA.- Al artículo 33. Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud.**

Al igual que ocurre con otros Planes previstos en la norma se reproduce lo indicado respecto a establecer un plazo para su elaboración, así como la inclusión de mecanismos de control, seguimiento y evaluación.

**VIGÉSIMOCTAVA.- Al artículo 35. Plan Integral de Formación.**

Se reitera lo expuesto en la alegación anterior.

**VIGESIMONOVENA.- Disposición adicional única. Garantías de los derechos de los usuarios ante los centros e instituciones sanitarias de titularidad privada.**

Existe un error en la remisión efectuada al artículo, la remisión debe ser al art. 7 del anteproyecto y no al 8, atendiendo al contenido del mismo y a lo recogido en el art. 7 de la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía.

Igualmente se detecta un error en cuanto a señalar al apartado ñ) del precepto puesto que este no recoge un apartado con dicha letra, por lo que se solicita la revisión del precepto en este aspecto.

**TRIGÉSIMA.- Disposición derogatoria única.**

Este Consejo entiende necesario, en aras de una mayor seguridad jurídica, la determinación de las normas que expresamente se derogan.

**TRIGESIMOPRIMERA.- Habilitación para el desarrollo normativo.**

Se entiende necesario, tal y como se ha manifestado a lo largo del Informe, el establecimiento de plazos tanto para el desarrollo reglamentario de la norma como para la elaboración de los Planes que se mencionan.

Por lo expuesto, procede y

**SOLICITAMOS A LA CONSEJERÍA DE SALUD:** Que habiendo presentado este escrito, se digna admitirlo, y tenga por emitido informe sobre el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, si así lo tiene a bien, proceder a incorporar las modificaciones resultantes de las alegaciones expuestas en el presente informe. Por ser todo ello de Justicia que se pide en lugar y fecha arriba indicados.

**INFORME QUE EMITE LA VICECONSEJERÍA DE SALUD, EN CALIDAD DE CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE DE LA TRAMITACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCIA, EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES FORMULADAS POR LAS DIFERENTES CONSEJERÍAS Y ORGANISMOS PÚBLICOS CONSULTADOS EN EL TRAMITE DE AUDIENCIA.**

De los diferentes organismos públicos de la Junta de Andalucía y Consejerías consultados en el trámite de audiencia del anteproyecto de Ley de Garantía y Sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía, han formulado observaciones los siguientes:

1. Consejería de la Presidencia y Administración Local
2. Consejería de Hacienda y Administración Pública.- Secretaria General para la Administración Pública
3. Consejería de Empleo, Empresa y Comercio

Las observaciones formuladas han sido todas tenidas en cuenta, y se han incorporado al nuevo texto del anteproyecto, salvo en los siguientes casos:

**Consejería de Presidencia y Administración Local.**

La observación formulada sobre el artículo 16.3 no la compartimos, toda vez que la especificidad de la cuestión que se regula y el gran dinamismo comercial que caracteriza a las empresas del sector, aconseja que los términos y las condiciones que se establezcan para el suministro de información, sean regulados por Orden de la persona titular de la Consejería, lo que permitiría una adaptación más ágil en cada momento a las circunstancias que rodean las relaciones del SSPA con el sector.

La observación relativa a los incisos 5 y 6 del artículo 17º tampoco se ha tenido en cuenta, por evitar excesos de reiteración y remisión a otras normas de rango legal que no sean estrictamente necesarias. Entendemos que la conciliación y la igualdad en Andalucía están lo suficientemente consolidadas y no hace falta referenciar expresamente las fuentes legales de las mismas.

La observación al artículo 34º tampoco nos ha parecido necesaria abundar en ella toda vez que los términos sobre los que solicita una aclaración o mayor precisión son términos perfectamente acuñados y reconocidos en el sector de la investigación en Andalucía y cualquier exceso de explicación podría ser incluso no procedente.

**Consejería de Hacienda y Administración Pública.- Secretaria General para la Administración Pública.**

La observación primera que hace referencia a las razones de técnica jurídica que harían aconsejable una refundición de este texto legal con la vigente Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud de Andalucía, no ha sido atendida por razones de oportunidad

y prioridad definida por el Gobierno de la Junta de Andalucía, que ha marcado que el eje director de este texto legal vaya orientado a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía en todas sus vertientes. No obstante, se ha hecho un gran esfuerzo en hacer plenamente compatible los dos textos legales, hasta el punto que en las disposiciones finales de este texto normativo se han incluido modificaciones de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía que la hacen plenamente compatible con los objetivos propios de esta norma.

## Consejería de Empleo, Empresa y Comercio

La observación segunda formulada en su informe, en relación a hacer mención a la formación para el empleo en el artículo 35º del texto legal, no ha sido atendida por entender que el artículo está orientado exclusivamente a la formación reglada de profesionales para el acceso a las especialidades sanitarias y a la formación continuada del personal que ya forma parte integrante del Sistema Sanitario Público de Andalucía, aspectos estos que tienen su propia regulación y que entendemos que son diferentes del enfoque de Formación para el Empleo.

Sevilla 20 de Noviembre de 2015



COORDINADORA GENERAL

*M. Osuna*  
Edo. - Mercedes Osuna Ceballos

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

39

ENTIDAD:

**CONSEJO DE PERSONAS CONSUMIDORAS Y USUARIAS ANDALUCIA**

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2	X		Se incluye la definición de "Universalidad" y de "Equidad" y se suprime la definición de "ciudadanía" para acomodarla al principio de universalidad en los derechos. Se acomoda también la redacción del artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía en la disposición final, con el fin de adaptarlo correctamente a este principio de Universalidad.
Artículo 3		X	La definición del SSPA no es el ámbito para expresar sus características, principios y valores. De hecho los ámbitos subjetivos y objetivos del aseguramiento sanitario tienen otros espacios legislativos para su expresión y desarrollo.
Artículo 4		X	No es un principio sino una cuestión instrumental que además no se puede garantizar al 100%
Artículo 5	X		
Artículo 7	X		Con el cambio efectuado en el artículo 7 se recoge el sentir de la alegación de este Consejo, se evitan duplicaciones y repeticiones innecesarias y quedan englobados todos los derechos recogidos en nuestro ámbito normativo. Respecto a la aportación al 7.2. compartimos el sentir de la alegación pero lo abordaremos en el artículo donde se aborda la participación social, incluyendo en el artículo 2 la definición de grupos de interés.
Artículo 8.2	X		
Artículo 9		X	Novemos necesario introducir ese matiz al final dado que podría inducir a confusiones y sería necesario predefinir cual es la posición de la OMS al respecto.
Artículo 10.f	x		
Artículo 12.1	X		
Artículo 12.3	X		Se satisface la alegación con la adición de una nueva disposición adicional.
Artículo 14		X	No consideramos necesario redundar en lo ya legislado en la Ley de Contratos y en la Ley de transparencia pública de Andalucía que, naturalmente, son de plena aplicación a lo dispuesto en el artículo 14
Artículo 14.1	X		
Artículo 14.4		X	No vemos necesario el establecer estos plazos dado que se trata de un proceso ya iniciado y en fase de desarrollo.

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

39

ENTIDAD:

**CONSEJO DE PERSONAS CONSUMIDORAS Y USUARIAS ANDALUCIA**

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2	X		Se acepta parcialmente, incluyendo el criterio previo de calidad.
Artículo 16.3		X	Se rechaza porque consideramos que en la planificación del despliegue tecnológico y del uso adecuado de las tecnologías y sus indicaciones debe primar el criterio profesional sobre todo.
Artículo 17.3		X	Pensamos que la redacción es suficientemente clara y precisa y dice lo que se quiere decir
Artículo 18.2		X	Los estándares a que hace referencia el artículo deben ser desarrollados posteriormente
Artículo 20		X	Los instrumentos a que hace referencia el artículo deben ser objeto de desarrollo a posteriori y son imposibles de concretar en un texto legal de esta naturaleza.
Artículo 22	X		SE puede concretar añadiendo un punto 4 que haga referencia a la participación de las organizaciones que representen los derechos e intereses de los usuarios a la hora de establecer los sistemas de gestión de la calidad asistencial.
Artículo 23	X		Se incluye lo referido en el segundo párrafo que propone
Artículo 24	X (Parcialmente)		Respecto a la primera apreciación, no consideramos necesario incluir esta continuidad en una Ley. Dependerá del panorama epidemiológico y demográfico de Andalucía en cada periodo. Respecto a la segunda se puede aceptar, añadiendo al final del punto 3 del artículo 24 la siguiente adición: "en el cual, partiendo del análisis prospectivo de la situación en Andalucía y contando con las expectativas de pacientes, personas cuidadoras y profesionales se definirán los objetivos y el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas en Andalucía, así como los parámetros básicos de su evaluación y seguimiento."
Artículo 27		X	No se acepta por la misma razón que en el artículo 20
Artículo 33		X	No se acepta por la misma razón que en el artículo 14.4
Artículo 35		X	No se acepta por la misma razón que el artículo 14.4
D.A. Unica	X		Se va a suprimir esta disposición al cambiar sustancialmente el artículo 7. Ya no será necesaria
D.D. Unica		X	no es necesario
Habilitación		X	No es necesario fijar aquí plazos desde nuestro punto de vista

1071

Expte. 118/15

**INFORME QUE EMITE LA SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE SALUD SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, A LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 43.4 DE LA LEY 6/2006, DE 24 DE OCTUBRE, DEL GOBIERNO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA.**

**I. Título competencial de la Comunidad Autónoma de Andalucía.**

El contenido del Anteproyecto de Ley se incardina claramente en el ámbito material de la sanidad sobre la cual ostentan competencias tanto el Estado como la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Desde el punto de vista competencial debe hacerse referencia a la distribución de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de sanidad.

De conformidad con el artículo 149.1.16ª de la Constitución, se reserva al Estado la competencia exclusiva en las materias de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

De acuerdo con la doctrina, las bases constituyen un común denominador normativo a partir del cual cada Comunidad, en defensa del propio interés general, podrá establecer las peculiaridades que estime convenientes dentro del marco de competencias que la Constitución y su Estatuto le hayan atribuido sobre la misma materia.

Las competencias autonómicas suponen que, siempre que sean respetadas las bases establecidas por el Estado, es decir los aspectos nucleares en materia de salud, la Comunidad Autónoma de Andalucía está facultada para regular en toda su extensión el aspecto de la materia sanidad a que abarca el Anteproyecto de Ley, dotándola de su propia opción política.

Por su parte, el artículo 55.2 del Estatuto de Autonomía establece que la Comunidad Autónoma tiene competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, y sin perjuicio de la competencia exclusiva que le atribuye el artículo 61, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, incluyendo la salud laboral, la sanidad animal con efecto sobre la salud humana, la sanidad alimentaria, la sanidad ambiental y la vigilancia epidemiológica, el régimen estatutario y la formación del personal que presta servicios en el sistema sanitario público, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica en materia sanitaria.

**II. Rango de la norma.**

En cuanto al rango normativo de la disposición, se regulan en la misma determinadas materias que afectan a los ámbitos de la libertad que corresponden a los ciudadanos y que, de conformidad con el sistema de fuentes establecido en la Constitución, están reservadas a la ley.

Avda. de Hytasa, 14, 41071 Sevilla  
Teléf. 95 504 80 00. Fax 95 504 81 54

<b>Código Seguro De Verificación:</b>	zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q==	<b>Fecha</b>	23/12/2015
<b>Normativa</b>	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
<b>Firmado Por</b>	Jose Salvador Muñoz San Martín		
<b>Url De Verificación</b>	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q=">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q=</a>	<b>Página</b>	1/5



En la presente disposición, el principio de reserva de ley afecta, entre otras, a las siguientes materias de su contenido:

a) Regulación de derechos de los ciudadanos.

En materia de sanidad, el artículo 43.2 de la Constitución determina que la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Por otra parte, el artículo 22. 2 del Estatuto de Autonomía de Andalucía establece los derechos de los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud y especifica en el apartado 3 del mismo artículo que las personas que padezcan enfermedades crónicas e invalidantes tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes. A su vez, el apartado 4 preceptúa que con arreglo a la ley se establecerán los términos, condiciones y requisitos del ejercicio de los derechos previstos en los apartados anteriores.

Desde la perspectiva de la regulación de los derechos, en este anteproyecto de Ley el principio de reserva de ley afecta al artículo 7 que completa y refunde los contenidos de los derechos que se reconocen para la asistencia sanitaria general en el propio Estatuto, en la Ley General de Sanidad, en la Ley de Salud de Andalucía así como en otras leyes sanitarias autonómicas. Por su parte en el artículo 25 se obliga al Sistema Sanitario Público de Andalucía a implantar un Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas y pluripatologías.

b) Participación ciudadana.

El artículo 134 del Estatuto de Autonomía señala que la Ley regulará la participación de los ciudadanos directamente o a través de las asociaciones y organizaciones en las que se integren, en los procedimientos administrativos o de elaboración de disposiciones que les puedan afectar.

El artículo 29 de la presente disposición desarrolla la forma de participación de la ciudadanía en la gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

III. Justificación y necesidad de la norma.

El Anteproyecto de Ley que se somete a informe tiene por objeto, según indica el artículo 1, garantizar la "sostenibilidad" del Sistema Sanitario Público de Andalucía. A tal fin el artículo 2 especifica que la "sostenibilidad" consiste en atender a las necesidades actuales de la ciudadanía y de los Grupos de interés del SSPA sin comprometer su consecución en el futuro, asegurando el equilibrio entre crecimiento económico, cuidado del medio ambiente, el bienestar social y la gestión del conocimiento y la investigación e innovación; todo ello garantizando el respeto a sus principios y valores.

En la Exposición de Motivos del Anteproyecto se explican y justifican los motivos por los cuales conviene llevar a cabo la regulación de la materia anteriormente referida.

IV. Estructura y contenido de la norma.

A continuación del título de la norma se ha considerado conveniente insertar un índice que se sitúa antes de la parte positiva.

<b>Código Seguro De Verificación:</b>	zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q==	<b>Fecha:</b>	23/12/2015
<b>Normativa:</b>	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
<b>Firmado Por:</b>	Jose Salvador Muñoz San Martin		
<b>Url De Verificación:</b>	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=</a>	<b>Página:</b>	2/5



La parte dispositiva del Anteproyecto de Ley se compone de treinta y siete artículos, estructurados en un título preliminar y dos títulos; la parte final incluye una disposición adicional, una transitoria, una derogatoria y tres finales.

#### Título Preliminar. Disposiciones generales.

Este Título se inicia determinando el objetivo de la Ley. Seguidamente se contienen las definiciones necesarias para una mejor comprensión de algunos términos empleados en ella.

*Observación: En el artículo 3 se establece una nueva definición del "Sistema Sanitario Público de Andalucía" que obliga a modificar el artículo 43 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en la disposición final primera. En este sentido, por exigencias de seguridad jurídica, consideramos que duplicar esta definición en dos normas legales distintas, como son la Ley 2/98 y la que actualmente se está tramitando, no es adecuado desde la perspectiva de una correcta técnica normativa, por lo se sugiere que este artículo se suprima o bien se derogue el citado artículo 43.*

*En cualquier caso, dado que esta Ley tiene por objeto garantizar la sostenibilidad del SSPA, si se considera necesario que se describa en su articulado el SSPA, se puede modificar la redacción del artículo 1 en el sentido siguiente:*

*"La presente Ley tiene por objeto garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA) entendido éste en los términos previstos en el artículo 43 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, asegurando los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, y con los contenidos mínimos..... "*

En el artículo 4 se recogen un conjunto de principios que sirven de fundamento a la Ley.

#### Título I. Garantías del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En este Título se proclaman un conjunto de principios y derechos en materia sanitaria que van a ser garantizados en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

#### *Observaciones:*

*a) En cuanto a los principios que se garantizan, éstos son los señalados básicamente en el artículo 2 de la Ley 2/1998, de 15 de junio. En este artículo se especifica que dichos principios sirven para inspirar "las actuaciones sobre protección de la salud", es decir, la Administración sanitaria debe siempre actuar conforme a los mismos. La nueva Ley refuerza la aplicación de estos principios en el sentido de que proclama garantizarlos al igual que los derechos, lo que implicaría realizar las actuaciones precisas para hacerlos efectivos.*

*Por otro lado, en el artículo 4 se han incorporado nuevos principios "en los que se fundamenta la Ley". Ello supone que, a diferencia de los anteriormente referidos, no son principios de actuación de la Administración sanitaria sino que únicamente van a servir de criterio de aplicación e interpretación de la futura Ley en tramitación sin que tampoco exista compromiso alguno para garantizarlos.*

*b) En el artículo 5 se declara la "perdurabilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía". A estos efectos, se considera innecesaria esta declaración en cuanto que el artículo 22 del Estatuto de Autonomía para Andalucía "garantiza el derecho constitucional previsto en el*

<b>Código Seguro De Verificación:</b>	zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q==	<b>Fecha:</b>	23/12/2015
<b>Normativa:</b>	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
<b>Firmado Por:</b>	Jose Salvador Muñoz San Martin		
<b>Url De Verificación:</b>	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=</a>	<b>Página:</b>	3/5



artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un sistema sanitario público de carácter universal”.

c) En el artículo 7 se refunden todos los derechos de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios. A su vez en la disposición final primera se modifica el artículo 6 de la Ley 2/98, de Salud (apartado 1: f), j), h, y apartados 2,3, y 4) en el que se proclaman derechos. Sería aconsejable que todo el régimen de definición de estos derechos se unificara en una sola norma de rango legal, sin perjuicio de los derechos de los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud que ya vienen establecidos en el artículo 22.2 del Estatuto de Autonomía para Andalucía .

**Título II. Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Este Título se articula en cinco capítulos.

En el capítulo I se determinan los valores que sustentan la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y se precisa la obligación de asumirlos por parte de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El capítulo II contiene las medidas económicas dirigidas a garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: garantía de financiación a través del presupuesto de la Comunidad Autónoma, Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ingresos propios, compra de bienes y servicios, estrategias para el uso racional del medicamento, incorporación de tecnologías sanitarias y adecuación de los recursos humanos.

El capítulo III recoge medidas de sostenibilidad social a través de actuaciones que aplican los valores en los que sustentan la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía determinados en el anterior capítulo I.

*Observación: Dado que la mayoría de los valores del capítulo I son desarrollados posteriormente en este capítulo III, consideramos conveniente incluir este artículo en dicho capítulo y suprimir el capítulo I.*

El Capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia de Gestión Ambiental y Energética como instrumento para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

*Observación: En el artículo 28 se hacer referencia a la participación de los grupos de interés en la determinación de la estrategia. Posteriormente, el apartado 2 del mismo artículo hace referencia a la coordinación con otras Consejerías en materia de planes y programas ambientales pero no específicamente a la colaboración en el diseño de la Estrategia regulada en dicho artículo, por lo que de mantenerse la actual redacción de este apartado debería regularse en un artículo independiente.*

El Capítulo V incluye una serie de preceptos en los que, de conformidad la denominación del mismo, se establecen medidas para la sostenibilidad del conocimiento, la investigación y la innovación.

<b>Código Seguro De Verificación</b>	zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q==	<b>Fecha</b>	23/12/2015
<b>Normativa</b>	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.		
<b>Firmado Por</b>	Jose Salvador Muñoz San Martin		
<b>Url De Verificación</b>	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRF4BqZXNvCrq8Q=</a>	<b>Página</b>	4/5



**V. Procedimiento de elaboración.**

En el momento procedimental en el que se emite el informe de la Secretaría General Técnica consta en el expediente la siguiente documentación:

- Acuerdo del Consejero de Salud de inicio del procedimiento y propuesta de solicitud de dictámenes, informes y consultas.
- Presentación anteproyecto de Ley a Consejo de Gobierno: Certificación de la Viceconsejera de la Presidencia de la sesión del C. de Gobierno que acuerda continuar la tramitación del proyecto de ley.
- Memoria funcional.
- Memoria económica.
- Informe de evaluación del impacto de género.
- Informe de evaluación del impacto por razón de los derechos de la infancia.
- Memoria relativa a la libertad de establecimiento y libre prestación de servicios.
- Informe valoración cargas administrativas
- Test de evaluación de la competencia
- Acuerdo de la SGT de apertura de trámite de audiencia y solicitud de informes.
- Trámite de información pública.
- Valoraciones de los informes y alegaciones realizadas en el trámite de audiencia y en el trámite de información pública.

**VI. Conclusión.**

En consecuencia, habiéndose ajustado la fase de instrucción del procedimiento a la normativa vigente en la materia y habiéndose recabado los informes previos preceptivos, se informa favorablemente el texto del anteproyecto de Ley, sin perjuicio de su adecuación a los restantes trámites procedimentales.

EL SECRETARIO GENERAL TECNICO

<b>Código Seguro De Verificación:</b>	zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q==	<b>Fecha</b>	23/12/2015		
<b>Normativa</b>	Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.				
<b>Firmado Por</b>	Jose Salvador Muñoz San Martin				
<b>Url De Verificación</b>	<a href="https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q=">https://ws058.juntadeandalucia.es/verifirma/code/zD0HfsyZRf4BqZXNvCrq8Q=</a>	<b>Página</b>	5/5		

**INFORME QUE EMITE LA VICECONSEJERÍA DE SALUD, EN CALIDAD DE CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE DE LA TRAMITACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCIA, EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES DEL INFORME DE LEGALIDAD EMITIDO POR LA SECRETARIA GENERAL TECNICA DE LA CONSEJERIA DE SALUD SOBRE EL ANTEPROYECTO.**

Analizado el informe preceptivo emitido por la Secretaria General técnica de la Consejería de Salud sobre el "Anteproyecto de Ley de Garantía y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía", a los efectos previstos en el artículo 43.4 de la ley 6/2006, de 24 de octubre, de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por este Centro Directivo se informa que el anteproyecto ha sido adaptado a las Observaciones de citado informe en todos sus puntos salvo en los que se especifican a continuación:

1. La observación c) relativa al Título I, aconseja refundir en un solo texto legislativo o norma de rango legal, todos los derechos que recopila el artículo 7 relativo a los Derechos de las personas en relación con el Sistema sanitario Público de Andalucía, sin perjuicio de los que ya define el Estatuto de Autonomía para Andalucía en su artículo 22.2.

La citada recomendación solo cabe abordarla de dos formas: o bien tramitando un texto ad hoc, relativo a los derechos de los ciudadanos ante el Sistema sanitario Público de Andalucía o bien incluyendo una disposición final que autorice al Consejo de Gobierno a producir un Decreto Legislativo que refunda los derechos recogidos en la múltiples Leyes que se han producido en los últimos diez años invocando la potestad recogida en el artículo 109.4 de nuestro Estatuto de Autonomía. La primera opción no la vemos adecuada ni es intención del legislador en este caso producir un nuevo texto desvinculando los derechos de las personas ante el SSPA de la materia de que son objeto en cada uno de sus textos legislativos. Pensamos que implicaría derogación de multitud de artículos de las diversas leyes y que descontextualiza el objeto de los mismos, no aportando una mayor seguridad jurídica. La segunda opción no la vemos tampoco idónea por tratarse de refundir partes de leyes y no textos legales completos, con lo cual surgiría el mismo problema de falta de contexto y de inseguridad en aquellas personas que consultasen, eventualmente, textos legales de salud específicos. Por tanto estimamos no atender la citada Observación. La salida que hemos considerado mas adecuada ha sido la de mandar a la Consejería de Salud a elaborar en un plazo de seis meses, una Guía básica que recopile todos los derechos de las personas en relación con los servicios Sanitarios en Andalucía y además aporte información complementaria y útil para facilitar su ejercicio y el pleno disfrute de los mismos.

2. La primera Observación relativa al Título II de la Ley, nos sugiere integrar en el capítulo III el artículo 10 y suprimir, por tanto, el capítulo I. Las razones son de orden práctico toda vez que los valores que se citan son, de alguna manera, expresados en su formulación legal en el citado capítulo III.

Es preciso tener en cuenta que el capítulo I relativo a los "valores que sustentan la sostenibilidad del SSPA" es un capítulo que permea posteriormente a todas las dimensiones de la sostenibilidad, que son formuladas en los Capitulo II,III,IV y V (sostenibilidad económica, social, ambiental y del conocimiento). No afecta exclusivamente al capítulo III como se infiere en la observación analizada. Por tanto estimamos no atender la citada observación.

Sevilla 9 de Febrero de 2016

**LA COORDINADORA GENERAL**



**Fdo.- Mercedes Osuna Ceballos**



**Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía**  
**CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO**

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y CONOCIMIENTO Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía	3
	15 ABR. 2016	
	REGISTRO GENERAL 00253	SEVILLA

Fecha: 12-4-2016  
N. Ref.: SG/AJ  
Asunto: Informe

**CONSEJERÍA DE SALUD**  
Secretaría General Técnica  
Avda. De la Innovación S/N  
41020 SEVILLA

La Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía recibió el 10 de marzo de 2016 un oficio de la Consejería de Salud, solicitando la emisión del informe preceptivo previsto en el artículo 3.i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía, en relación con el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Junto al citado oficio, el órgano proponente de la norma adjuntaba el texto del proyecto normativo y la Memoria abreviada de evaluación de los principios de buena regulación, competencia efectiva, unidad de mercado e impacto sobre las actividades económicas de la propia Ley.

Del análisis de tanto del articulado del proyecto remitido como de la memoria abreviada presentada se desprende que el objeto del proyecto remitido no es otro que la garantía de sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía mediante una serie de instrumentos que aseguren los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones.

Se trata, en consecuencia, de una norma de corte eminentemente programático que no regula directamente un sector económico o mercado en el que actúen operadores económicos o empresas y, por ende, no reviste incidencia sobre los aspectos que pueden motivar la emisión del informe preceptivo de normas, esto es, la competencia efectiva en los mercados, en la unidad de mercado o en las actividades económicas, no siendo por tanto preciso la emisión del informe preceptivo del Consejo, de conformidad con lo establecido en el citado 3.i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Promoción y Defensa de la Competencia de Andalucía.

Es todo cuanto se tiene a bien informar.

**LA SECRETARIA GENERAL**

**Mª Angeles Gómez Barea**

**EL DIRECTOR DEL DPTO. DE ESTUDIOS, ANÁLISIS DE  
MERCADOS Y PROMOCIÓN DE LA COMPETENCIA**

**José Félix Riscos Gómez**

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

2

ENTIDAD: FACUA Andalucía

pagina 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2	X		Definir los terminos Equidad e Universalidad en el apartado definiciones. Modificar la definición de ciudadanía eliminando la exclusiva referencia al Estatuto de Autonomía.
Artículo 3	X		Se acepta incluir el terminos "universal" en la definición. Debe acompañarse de una modificación Ley de Salud de Andalucía en Disposiciones finales.
Artículo 4 a)	x		Queda resuelta con la modificación del artículo 2 relativa a ciudadanía
Artículo 4		X	No es un principio sino una cuestión instrumental que además no se puede invocar nunca al 100%
Artículo 5	X		Se acepta añadir "la financiación pública"
Artículo 7	X		Se acepta y quedará asumida en la remodelación completa del sentido y el contenido que incluimos en el artículo 7
Artículo 7.2		X	Entendemos que la formulación genérica no aconseja incluir plazos, no siendo además el articulado el lugar idóneo para ello.
Artículo 8.2	X		Se acepta sustituir "podrá arbitrar" por "arbitrará"
Artículo 9	X		No es necesario lo que proponen que entendemos queda resuelto con la introducción de una disposición final modificando el artículo 3 de la Ley 2/1998
Artículo 10 f)	X		Se acepta incluir los terminos que se proponen
Artículo 12.1		X	Este Plan logicamente en su debate previo a su aprobación será consultado con los agentes sociales y con otros grupos de interés
Artículo 12.2	X		Se aceptan las propuestas tal como se formulan y se incluyan los contenidos
Artículo 12.3	X		Se acepta establecer plazo (se harce en D. Adicionales) y mecanismos de ajuste/revisión
Artículo 14		X	No se acepta la alegación porque no se considera necesario al estar regulado por la Ley de Transparencia de Andalucía. La segunda respecto a la compra pública "responsable" está implícita en el concepto de corresponsabilidad de los agentes que intervienen en el proceso de compra de bienes y servicios.
Artículo 14.1	X		Se acepta incluir criterios de "calidad y seguridad"
Artículo 14.4		X	No se considera oportuno ni es el lugar para incluir plazos

1018

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**2 ENTIDAD: FACUA Andalucía**

pagina 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2	X		Se acepta incluyendo entre los criterios la palabra "calidad", que resume un poco el planteamiento. Respecto a lo segundo que plantea, se acepta también, pero incluyendo un nuevo punto en el artículo 15 en relación con las campañas de información y educación dirigidas a la población sobre el URM.
Artículo 16.3		X	Se rechaza porque consideramos que en la planificación del despliegue tecnológico y del uso adecuado de las tecnologías y sus indicaciones debe primar el criterio profesional sobre todo.
Artículo 17.3		X	Pensamos que la redacción es suficientemente clara y precisa y dice lo que se quiere decir
Artículo 20		X	Se rechaza porque entendemos que la ley no es el instrumento para entrar a definir como y quien participará en el sistema.
Artículo 21		X	Se rechazan las tres cosas que plantean en este artículo. La primera porque la prevención ya está específicamente integrada en el texto en un artículo propio. La segunda porque no compartimos la reflexión. Y la tercera porque no creemos que sea el lugar para definir plazos.
Artículo 22	X		Se acepta incluyendo la estrategia de calidad en el marco del Plan de Gestión del SSPA.
Artículo 23	X		Se incluye lo referido en el segundo párrafo que propone
Artículo 24		X	No consideramos necesario incluir esta continuidad en una Ley. Dependerá del panorama epidemiológico y demográfico de Andalucía en cada periodo.
Artículo 27		X	No se acepta por la misma razón que en el artículo 20
Artículo 33		X	No se acepta por la misma razón que en el artículo 14.4
Artículo 35		X	No se acepta por la misma razón que el artículo 14.4
D.A. Unica	X		Se va a suprimir esta disposición al cambiar sustancialmente el artículo 7. Ya no será necesaria
D.D. Unica		X	no es necesario
Habilitacion		X	No es necesario fijar aquí plazos desde nuestro punto de vista

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>
--

<b>3 ENTIDAD: CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE APAREJADORES Y A. TÉCNICOS</b>
---

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Estructura	X		Correcciones ortograficas de homogeneidad en el índice
E.Motivos	X		Apartado IV parrafo 7 renglones 1 a 3, pagina 9 aclarar redacción y Apartado VII parrafo 10 renglones 2 y 3 pag 13. Eliminar cita de la Disposición adicional segunda (no existe)
Articulado	X		en el articulo 1 se dice "en adelante SSPA" y habra que corregir articulos 2.V., 4.g), 9, 12.1 y 12.4

1020

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA	
4	ENTIDAD: COLEGIO PROFESIONAL DE PROTESICOS DENTALES DE ANDALUCIA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
artículo 7.1	X		Proponen modificación del 7.1 n) en el sentido de incluir un texto que garantice el derecho del paciente a que se le entregue la prescripción facultativa de los medicamentos o productos sanitarios que precise, a fin de evitar prácticas monopolísticas por parte de los odontólogos. Creemos que es asumible y coherente con el espíritu de los derechos. Implica modificar Ley de Salud (DISPOSICIÓN FINAL)
Disposición Adicional		X	Proponen que determinados derechos como son los reflejados en el artículo 7 1. b) y 7.1.Z) se definan también incluyendolos en el ámbito de la Sanidad privada. Entendemos que no es conveniente. En el primer caso porque la libre elección es inherente a la relación privada de carácter económico entre empresa y consumidor, sin más limitaciones que las acordadas entre las partes mediante relación contractual (por ejemplo contratos con aseguradoras sanitarias) y además los poderes públicos no van a entrar a regular esa relación. En el segundo caso porque no siempre va a afectar a la sanidad privada cualquier cuestión que se legisle en el marco de la sanidad privada. No obstante debemos, o bien apreciar la corrección de erratas que nos indican (cambiando artículo 8 por 7) o bien corregir todo en un nuevo enfoque en que todo esto sería objeto de una <b>modificación expresa de la Ley 2/1998 al respecto si se considera necesario.</b>

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

5

ENTIDAD:

**ASOCIACION ESPAÑOLA DE FABRICANTES DE SUSTANCIAS Y ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS GENERICAS (AESEG)**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>6</b>	<b>ENTIDAD: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA FAMILIAR Y COMUNITARIA (SEFAC-ANDALUCIA)</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Alega la falta de idoneidad del proceso de selección pública del medicamento en atención Primaria de salud, mediados por Oficinas de Farmacia. Las razones que esgrime son de inequidad en el acceso a los medicamentos, de posibles desabastecimientos o de inadecuación de los procedimientos que implican concurso público con factor determinante de precio. No podemos aceptar la alegación toda vez que las razones que esgrime no podemos compartirlas ya que ni limita la prescripción médica, que es plenamente libre ni limita el acceso al medicamento (prescrito por DCI o principio activo, no se provocan desabastecimientos, toda vez que los mecanismos concursales son plenamente garantistas en este sentido, y el concurso público por precio es un mecanismo usado desde hace más de 40 años en la oferta farmacéutica hospitalaria con todo tipo de medicamentos y productos, sin que nadie dude de la calidad de esta medida. Por contra supone ahorros muy importantes en la factura farmacéutica pública que revierten al sistema de Salud.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA****7 ENTIDAD: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INMUNOLOGÍA**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Posicion General			FAVORABLE
Disposicion Adicional Unica	X		Identifica errata de remisión interna. Donde pone artículo 8 debe poner artículo 7. O bien la aceptamos o bien se resuelve en un nuevo enfoque en que todo esto sería objeto de una modificación expresa de la Ley 2/1998 al respecto si se considera necesario.

1024

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

8

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MEDICOS (CACM)

Pagina 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos punto III parrafo 5	X		Se acepta la inclusion de un parrafo en el sentido propuesto por el CACM. Podría ser al final: " ... existencia, que se ha evidenciado <i>en el alto nivel de responsabilidad y compromiso de sus profesionales y en su gran capacidad de innovación</i> que ha hecho que Andalucía...."
Artículo 4 i) Punto primero A) del documento alegaciones	X		Se puede aceptar añadiendo un h) bis en el texto con el siguiente planteamiento: " <i>Uso responsable de los recursos y medios del SSPA por parte de la ciudadanía en general y de los pacientes en particular, acorde al cumplimiento de las normas y al respeto de los valores democráticos de tolerancia y convivencia</i> ".
Artículo 4 Punto primero B) del documento alegaciones		X	No consideramos adecuado el desarrollo que propone del derecho a la informacion de los usuarios y pacientes, toda vez que este artículo se limita a la enunciación de principios generales. Las diferencias que plantean, por otro lado esta recogida en la casuistica legal que regula el SSPA. Tampoco consideramos que sea una derecho taxativo del medico el negarle los cuidados a un paciente por el motivo que él decida. Es un tema delicado que requiere de la intervención de la autoridad sanitaria para arbitrar medidas equilibradas y adecuadas en caso de conflicto entre ambos.
Artículo 4 h) Punto segundo del documento de Alegaciones	X		Se puede aceptar incluyendo un apartado n) final del siguiente tenor: " <i>Cooperacion interterritorial con el resto del Sistema Nacional de Salud, fomentando la solidaridad, la adecuada atención a los pacientes en condiciones de equidad y la interoperabilidad de los sistemas y tecnologias que faciliten esta cooperacion</i> ".
Artículo 14.1.b)		X	Lo que plantean es evidente y no es óbice para que se establezcan acuerdos de consumo entre las Unidades de los centros asistenciales.
Artículo 15.1.		X	La Libertad de prescripción médica esta reconocida en el Artículo 74 de la Ley General de la Seguridad Social, artículo que esta en vigor en tanto que no se opone a lo previsto en el artículo 94 de la Ley del medicamento. Además esta plenamente reconocida en la Lex artir invocada por la jurisprudencia. No es necesario añadir nada aquí dada la redacción del artículo 15.1 del anteproyecto que se ubica en la plena conformidad con la legislación y la normativa vigente.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

8

**ENTIDAD:**

**CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE MEDICOS (CACM)**

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2		X	Se rechaza por la misma razón del 15.1
Artículo 15.3.1º		X	Se rechaza por la misma razón del 15.1
Artículo 15.3.3º d)		X	Se rechaza por la misma razón del 15.1
Artículo 15.3.3º f)		X	Se rechaza por no es pertinente incluir aquí los objetivos que se proponen de Salud y Calidad. Estos objetivos son los objetivos esenciales de los acuerdos de gestión y los que presiden la relación que se media a través de los mismos. No obstante en este punto se refiere a objetivos de URM. muy concretos.
Artículo 17	X		Se podría aceptar, pero los contenidos que propone son bastante ajenos al objeto de esta Ley, no entrando en juzgar si son más o menos necesarios. Valorando la necesidad de plantear en el texto un reconocimiento a los profesionales que pase por reforzar su carácter de autoridad pública (posición defensiva por otra parte frente a agresiones), esto se podría plantear mediante la redacción de una disposición adicional de la ley o, si planteamos su clara incoordinación en nuestro ordenamiento legal, como una modificación de la Ley de Salud de Andalucía, en línea con otras que vamos a proponer en este texto legal. No obstante y por adición cabría un punto 2 bis) que reconociera el papel de los profesionales en la calidad de los servicios y vinculara esta calidad al modelo de desarrollo profesional. Contribuiría a clarificar la redacción del actual punto 2 que ha sido cuestionada.
Artículo 27.2.b)	X		
Artículo 35.3		X	Entendemos que este punto en la Ley no es el punto donde debemos definir el alcance particular de las entidades que pueden o no participar en la Comisiones y Planes

1026

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

9

ENTIDAD:

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Exposición de motivos		X	Se trata de aportaciones más estilísticas que sustanciales que no vemos que aporten nuevas orientaciones a las razones y explicaciones que se dan en la Exposición de motivos. Todas salvo las que se aceptan a continuación.
Exposición de motivos punto IV parrafo 7	X		Incluir la referencia de la Encuesta a los factores de riesgo prevalentes que tienen una alta incidencia en el gasto.
Exposición de motivos punto IV parrafo 8 lineas 1 a 3	X		Se acepta con la redacción alternativa que proponen
Exposición de motivos Punto V parrafo 4	X		Se acepta incluyendo en la línea tercera lo siguiente: "...asi como la atención domiciliaria de <b>Medicina de Familia</b> y de enfermería..."
Artículo 4 d)	X		Se sustituye "educacion sanitaria" por " <b>educación para la Salud</b> "
Artículo 4 k)	X		se suprime la expresión "de los servicios"
Artículo 7	X		Se aceptan pero dado que son alegaciones parciales, no tienen objeto toda vez que se va a dar un enfoque completamente diferente a este artículo que hace innecesario valorar positivamente estas alegaciones pero recoge el espíritu de estas alegaciones al artículo 7.
Artículo 8		X	No compartimos la utilidad de incluir más copagos como moduladores de la demanda asistencial.
Artículo 10	X		incluir un nuevo apartado k) en el artículo 10 relativo a los valores con el siguiente texto: " <b>k) responsabilidad profesional y social por eso adecuado de los recursos sanitarios públicos.</b> "
Artículo 15.3. a) 1º	X		Eliminar la referencia "de obligado cumplimiento"
Artículo 17		X	No se acepta ya que lo que plantea no tienen encaje legal en un texto de esta naturaleza
Artículo 18.1.	X		Se acepta con el texto que plantea

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>9</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA</b>

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 24 titulo	X		Tal como plantea
Artículo 24.1	X		Tal como plantea
Artículo 24.2	X		Tal como plantea
Artículo 32.2	X		Añadiendo " <i>sociedades científicas y profesionales</i> " al texto

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

10

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE FARMACEUTICOS

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos, apartado I, párrafo 3	X		Se acepta la inclusión del párrafo, con una ligera matización (sustituir "todas" por "con carácter básico", que es más ajustado a derecho) entre el párrafo 3 y el párrafo 4
Expomotivos, apartado V, párrafo final		X	La propuesta de redacción va mucho más allá de las propuestas reales que hace el articulado relativas a la colaboración entre el SSPA y la red de Oficinas de Farmacia, con lo cual no es correcto enfatizar lo que luego el articulado no desarrolla de manera clara.
Artículo 4 i)		X	El punto está expresado de una manera amplia, que incluye a todos los profesionales del SSPA al mismo y no encaja bien hacer aquí el distinguo que plantean específicamente para los farmacéuticos titulares de oficinas de Farmacia,
Artículo 7	X		Se acepta parcialmente su planteamiento, que entendemos que queda satisfecho con la modificación general del artículo 7 y con la disposición final de modificación de la Ley de salud.
Artículo 15.2	X		Se acepta tal como lo proponen. No se acepta la segunda parte toda vez que se trata de competencias de los servicios de farmacia de las propias instituciones.
Artículo 15.3 nuevo apartado d) bis		X	Realmente lo que piden es una integración funcional más efectiva e intensa de las Oficinas de Farmacia en las acciones, procesos, programas y actuaciones del SSPA, que va mucho más allá del marco de relaciones que las leyes actualmente establecen. La reflexión de base sería plantear si de verdad la red de Oficinas de Farmacia debe formar parte integrante del SSPA, con su estatus actual, o sea, como establecimientos privados de interés público, sujetos a planificación y regulación.
Artículo 15.3.i)		X	Plantean la supresión de los procedimientos de selección pública de medicamentos en Atención Primaria por razones que no compartimos.
Artículo 23.3	X		Se acepta, añadiendo a la participación, las "organizaciones profesionales" donde quedan incluidos genéricamente.

ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

10

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE FARMACEUTICOS

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 24	X		Se acepta añadiendo un punto 4 que recoge en síntesis la formulación que plantean en sus alegaciones, con el siguiente texto: <b><i>"Se fomentarán los programas colaborativos entre los servicios de salud y la red de oficinas de farmacia de Andalucía a fin de mejorar el control y seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes."</i></b>

1030

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

11

ENTIDAD:

SINDICATO DE ENFERMERIA DE ANDALUCIA (SATSE)

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2		X	Lo que plantea es una obviedad que nadie cuestiona ni la Ley apunta cuestiones ninguna que hagan pensar en la limitación de la autonomía profesional mas allá de las reconocidas en la Leyes aplicables y en los códigos deontológicos de las profesiones
Artículo 3		X	Entendemos que las funciones de formación, docencia e investigación estan plenamente integradas en el SSPA y son inseparables de su propia definición.
Artículo 7		X	No se puede plantear una reafirmación de la identidad profesional de la enfermería desdibujando la labor de otros profesionales como es el caso de los Médicos. Denominar la segunda opinión médica como segunda opinión clínica es un eufemismo o aspirar a que la asignacion de médico a un paciente se elimine como tal para sustituirla por el generico "profesional", igualmente. No obstante la modificación que de plantea en las Disposiciones finales sobre la Ley de Salud de Andalucía abre la puerta a regular la asignacion de otros profesionales sanitarios.
Artículo 11	X		Se plantea un suelo mínimo y un horizonte de financiación
Artículo 12		X	No es necesario incorporar esta alegación toda vez que las obligaciones de negociación sindical de las modificaciones de las cuestiones laborales ya está regulado en normas básicas específicas.
Artículo 17.1.	X		Se sustituye "sanitarias" por "de salud"
Artículo 17.2	X		Se añade al punto 2 lo siguiente. <i>"Dicha planificación se establecerá, previa información y negociación en la Mesa Sectorial de Sanidad con las organizaciones sindicales representadas en la misma.</i>
Artículo 17 propuesta nuevo apartado 7		X	No es adecuada la propuesta a la gestión actual de las organizaciones integrantes del SAS toda vez que se funciona sobre la base de plantillas presupuestarias que estan desglosadas en el anexo de personal de la Ley de presupuestos de la C.A. de cada año.
Artículo 20		X	NO se plantea que la ley entre hasta estos detalles que nos solicitan en las alegaciones. Estos elementos se desarrollarán por reglamento y deben ser adaptables en cada momento a las circunstancias del SSPA.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**11 ENTIDAD: SINDICATO DE ENFERMERIA DE ANDALUCIA (SATSE)**

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 21.a)	X		Se añade al final del punto lo siguiente: " <i>que serán revisadas y actualizadas periódicamente.</i> "
Artículo 21.b)		x	No es necesario toda vez que ya se recoge en la modificación del 17.2
Artículo 21. d)		X	No son homologables los términos que proponen sustituir y desvirtúa el sentido del artículo.
Artículo 23	X		Se acepta parcialmente añadiendo un punto 4 que hace referencia a todas las acciones de salud Pública que se pueden adoptar en el marco del SSPA, que son las que contiene el Título III de la Ley 16/2011 de Salud de Andalucía.
Artículo 24		X	No es necesario personalizar en este artículo el papel de la Enfermera gestora de casos, como no se especifican ningún otro en particular. Quedan integrados todos en el "equipo de atención primaria"
Artículo 25		X	No se acepta la retirada del artículo 25, toda vez que estimamos que se trata de una referencia necesaria para culminar la reforma organizativa del SSPA y que constituye una pieza esencial en la sostenibilidad del mismo. <i>Si se acepta reducirlo al mínimo imprescindible y apuntar una regulación reglamentaria posterior.</i>
Artículo 27.2 b) 3º	X		Se acepta sustituyendo "de respeto" por "facilitadoras de la relación"
Artículo 27.2.b) 4º		X	Esta contratación ya la utilidad de los que se ha venido en llamar Escuelas de pacientes y del papel que en la formación desempeñan los "pacientes expertos"
Artículo 35	X		Con las modificaciones incluidas en el punto 2 y en el nuevo punto 3 del artículo 35

1032

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

12

ENTIDAD:

SINDICATO MEDICO DE ANDALUCIA (SMA)

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 1	X		Se acepta. El aspecto de Universalidad queda resuelto modificando el concepto de ciudadanía en el artículo 2 y con el nuevo artículo 3 de la Ley de Salud redactado en la disposición final primera.
Artículo 2	X		Se aceptan las propuestas a los conceptos de "ciudadanía" y "sostenibilidad social". Respecto a "grupos de interés", no se acepta la matización toda vez que lo que plantea es un desarrollo completo de este concepto y su implantación efectiva, lo cual entendemos que debe quedar a un desarrollo posterior..
Artículo 11	X		
Artículo 14		X	La expresión "personas profesionales" no es una errata, es una adaptación al lenguaje no sexista.
Artículo 15.2		X	Las ATE's tendrán su desarrollo posterior y están claramente definidas en la literatura científica nacional e internacional.
Artículo 15.3.a) 1º	X		Se tacha la expresión "de obligado cumplimiento"
Artículo 15.3.a) 2		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 15.3.b)		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 17		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 18		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 20		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 21		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 22		X	No aporta ninguna propuesta
Artículos 23 y 24		X	No aporta ninguna propuesta
Artículo 25	X		Parcialmente. No se acepta la propuesta de retirada del artículo, sino que siguiendo sus aportaciones se elimina de él aquello que entendemos que puede ser instrumental y objeto de negociación con las organizaciones sindicales. que se deja a desarrollo posterior.
Artículo 27		X	No aporta ninguna propuesta
Artículos 28 y 29		X	No aporta ninguna propuesta
Capítulo V		X	No aporta ninguna propuesta

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**13 ENTIDAD: COMISIONES OBRERAS ANDALUCIA (CC.OO.-A)**

Página 1 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos		X	Los incisos que aportan no son apropiados a la redacción de esta Exposición de motivos. En el primer caso porque lo que plantea sería más propio de la parte dispositiva que de la expositiva, aparte de que formula una cuestión obvia ya recogida entre las competencias de la propia Junta de Andalucía. En el segundo caso porque no es posible aplicar restricciones a la financiación de los medicamentos tal como se plantea entre las competencias que tiene la Junta en materia de Farmacia
Artículo 2 "Ciudadanía"	X		Se acepta y lo que plantean queda resuelto con la supresión de la definición de ciudadanía y con los cambios en el artículo 3 de la Ley de Salud (DF primera)
Artículo 2 Nueva incorporación.		X	No vemos necesario incorporarlo toda vez que no es un término que se emplee en la ley en la parte dispositiva.
Artículo 3		X	No es necesario incorporar este cambio porque los integrantes del SSPA están claramente definidos en el artículo 45 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía.
Artículo 4 nuevo principio en a)		X	No vemos conveniente incluir este concepto toda vez que es un concepto jurídicamente muy indeterminado. El carácter público de un servicio viene definido por la base legal de su creación, su acceso universal, sus atributos y por su financiación, aspectos que están claramente expresados a lo largo del artículo 4 en los diferentes principios que fundamentan el SSPA.
Artículo 4 f)		X	No creemos conveniente excluir la acreditación profesional como parte de la estrategia de calidad del Sistema.
Artículo 4 g)		X	Lo que se plantea en esta alegación no se adecua a la realidad del SSPA.
Artículo 4 i)		X	Las competencias de las organizaciones sindicales son claras y están legalmente bien establecidas en el SSPA sin necesidad de incluir este aspecto.
Artículo 4 nuevo principio en i)		X	No es conveniente desde nuestro punto de vista, incluir formulaciones que tienen que ver con otras Leyes básicas que establecen y ajustan los principios de igualdad en el trabajo.
Artículo 5		X	No compartimos la propuesta de cambio por la misma razón que en la alegación al artículo 4 g)

1034

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

13

ENTIDAD:

COMISIONES OBRERAS ANDALUCIA (CC.OO.-A)

Página 2 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 7 Título		X	El artículo está orientado a garantías sobre los derechos y no cabe otro enfoque en este texto.
Artículo 7.1 a)		X	Es superfluo enfatizar aquí este aspecto que ya viene ampliamente recogido en el texto y en las normas aplicables.
Artículo 7 1.e) nuevo parrafo 3º		X	En ningún epígrafe legal se limitan los derechos de los pacientes basándose en la supuesta peligrosidad de la enfermedad mental para terceras personas.
Artículo 7.1.g		X	La alegación es restrictiva y lo que propone ya está incluido.
Artículo 7.1.q.		X	No se puede aceptar por ir vinculada a la del artículo 7.1 e) que ha sido rechazada.
Artículo 8	X		
Artículo 10 c)	X		
Artículo 10 e)		X	Por la misma razón que en la alegación al artículo 4 i)
Artículo 12		X	No vemos necesario incorporar esta alegación toda vez que las competencias legales de las Organizaciones sindicales son la que establecen la Leyes
Artículo 14 f)		X	Está recogido en normas laborales de máximo rango
Artículo 14 nuevo punto 5		X	Esto es obvio y esta ya recogido en normativa sectorial y general respecto a las prestación de asistencia con medios ajenos a la administración.
Artículo 17. 2	X		El artículo se refiere a la función de planificación. La negociación en mesa sectorial de Sanidad se refiere mas a las medidas que se deban implantar, que no es objeto de este punto. Se recoge añadiendo un nuevo punto al artículo.
Artículo 17,3		X	No es necesario repetir que la selección pública esta sujeta a estos principios.
Artículo 17 nuevo punto 7		X	No es el planteamiento que debe recoger este artículo toda vez que no es la realidad en que se desenvuelve el SSPA.
Artículo 20	X		
Artículo 22	X		
Artículo 25	X		Se recoge lo que plantea con una redacción adecuada al texto de la Ley.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

13

ENTIDAD:

COMISIONES OBRERAS ANDALUCIA (CC.OO.-A)

Pagina 3 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 27	X		Se acepta parcialmente incluyendo "profesionales". No es el lugar para establecer reglas de relación con los sindicatos.
Artículo 35.3		X	Los planes de formación continuada del personal son siempre objeto de negociación sindical sin necesidad de que lo especifique esta Ley. Además la expresión grupos de interés de cabida a la alegación planteada por el sindicato.
Artículo 35 nuevo punto 4		X	No es conveniente un proceso de acreditación de la formación sin que sea refrendado por el conjunto del SNS, ya que no tendría validez el reconocimiento profesional al no tener reciprocidad en el conjunto del SNS generando mas complicaciones que ventajas.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

14

ENTIDAD:

COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS - A. OCCIDENTAL

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Ejes Generales del Proyecto		X	Entendemos, y podemos incluso compartir, muchas de las reflexiones y razonamientos de la reflexión General que nos plantean en el informe pero consideramos que una Ley de esta naturaleza no puede ser el vehículo conductor para favorecer la presencia de una u otra profesión en los Servicios Sanitarios. En esto creemos mas adecuado derivar esta reflexión al Plan integral de Salud Mental de Andalucía.
Artículo 4 d)		X	Ya está incluido en el concepto de integralidad
Artículo 4 e)		X	Cuando se habla de Atención Primaria de Salud se habla de todo lo que incluye en su cartera básica de servicios, incluido la Salud Mental.
Artículo 7.1.j)		X	Cuando se habla de "adecuado tratamiento" no se está excluyendo la atención psicológica, que lógicamente debe considerarse incluida.
Artículo 7 .1.w		X	No vemos necesario hacer especial hincapié en una u otra modalidad de actuaciones y/o programas sanitarios. Se desarrollaran los que sean convenientes en cada caso.
Artículo 7.1.x)	X		
Añadir a 7.1.		X	No lo consideramos necesario ya que este derecho esta perfectamente garantizado
Añadir a 15.3.		X	NO es conveniente incluir esto sin una reflexión previa del modelo asistencial de los trastornos mentales en el seno del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>15</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGIA - A. ORIENTAL</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos		X	No vemos la necesidad de incluir esta definición que, por otra parte está mundialmente aceptada.
Artículo 2		X	No vemos la necesidad de precisar en esta ley este tipo de definiciones, que están perfectamente delimitadas en la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía
Artículo 4, i)		X	La propuesta que formula no vemos que tenga el encaje adecuado en este punto de la Ley
Artículo 7.1 b)		X	La redacción del texto no es excluyente ni discriminatoria para ninguna profesión y además va en consonancia con la Ley General de Sanidad de 1986
Artículo 7.1.f)		X	No vemos adecuada la propuesta porque cambia el sentido del derecho que se quiere referenciar
Artículo 7.1.g)		X	No se acepta por la misma razón que en el artículo 7.1.b)
Artículo 7.1.j)		X	No se acepta. El precepto incluye toda la atención integral necesaria al paciente en cuidados paliativos.
Artículo 7.1.w)	X		Se modifica en Disposición final como modificación ley de Salud
Artículo 10 e)		X	No encaja en el precepto que se propone
Artículo 15.3.1.	X		
Artículo 17		X	No encaja en el sentido que tiene el artículo

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

16

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS DE ENFERMERIA (C.A.E.)

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos		X	En el parrafo segundo del punto I de la Exposición de motivos deja muy claro que el texto reconoce que lo que está amparado por la Constitución es el derecho a la protección de la Salud.
Artículo 7 .1. b)		X	Lo que propone esta recogido en el punto en cuestión en cuanto reconoce la libre elección de médico y otros profesionales sanitarios en los terminos reglamentariamente establecidos.
Artículo 17		x	Plantea una reflexión que no genera correlato en el texto legal.
Artículo 21 b)		X	No cabe en este artículo denominado de "Eficiencia" encajar un mandato para el desarrollo de las especialidades de enfermería. Con independencia de ello, las E.E. tienen ya su regulación propia .
Artículo 25	X		Se acepta el planteamiento general y se reduce el artículo a su mínima expresión para posteriormente desarrollarlo con los requisitos de diálogo que están legalmente establecidos.
Artículo 34		X	La formulación del articulo da cabida perfectamente a la investigación en enfermería.
Artículo 35		X	No encaja lo que plantea en este artículo, ya que los reconocimientos laborales de los aspectos académicos y de formación tienen otro marco de debate.
Alegación Quinta		X	No creemos que esta ley sea el marco para poner en valor el papel, en concreto, de los Colegios Profesionales, que, por otro lado encajan perfectamente en la definición de "Grupos de interés" que hace el texto y que tiene un amplio encaje en el proceso de transparencia y de de gestión participativa que la Ley contempla
Alegación sexta	X		Se incluye en la exposición de motivos
Alegación séptima		x	En el texto no se enfatiza el papel de ningún perfil profesional en particular y cuando habla de "cronicidad", por ejemplo, nombra al Equipo de Atención Primaria, en el que participan de pleno derecho los profesionales de enfermería.
Alegación octava		X	Plantea una reflexión que no genera correlato en el texto legal.
Alegación Novena		X	Plantea una reflexión que no genera correlato en el texto legal.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

17

ENTIDAD:

**ASOCIACION ANDALUZA DE ENFERMERIA COMUNITARIA (ASANEC)**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2		X	La redacción que se propone añadir es una copia del artículo 4.7 de la LOPS, que además se cita incompleto. La LOPS es una Ley básica del Estado y por tanto de obligado cumplimiento, con lo que no es necesario transcribir aquí el texto de esa ley y mucho menos incompleto.
Artículo 7	X		Se resuelve con la modificación que se hace del artículo 7 y la disposición final de modificación de la Ley de Salud de Andalucía,
Artículo 14.		X	Se rechaza el texto que propone por redundante y porque de alguna forma, la modificación que se ha aceptado del apartado 1 de este artículo, introduciendo los criterios de calidad y seguridad, viene a satisfacer el fondo de la cuestión que plantean.
Artículo 15		X	No son asimilables los términos que propone, porque no todos los productos sanitarios son productos farmacéuticos (al contrario son los menos) y no se adaptan a la estrategia diseñada para el medicamento.
Artículo 16	X		Se acepta introducir el tema del conflicto de intereses en las tecnologías.
Artículo 21		X	Lo que plantea no es necesario ya que está implícito en la propia formulación del texto.
Artículo 23.1		X	No se acepta ya que no es el sentido del presente artículo enfatizar globalmente el papel de la salud Pública en general sino concretar en los elementos de promoción y prevención.
Artículo 23.2	X		
Artículo 24.1	X		Se acepta parcialmente el texto propuesto, que se incorpora más resumido.

1040

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

18

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

Página 1 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Exposición de motivos (Alegaciones 1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14)	X		Se trata de adaptaciones desde la perspectiva de la Igualdad de género y adaptación al lenguaje no sexista
Exposición de Motivos (Alegaciones 2)		X	No es necesaria esta referencia toda vez que está al margen del objetivo de esta Ley
Exposición de motivos (Alegación 5)		X	La redacción propuesta no mejora el enfoque no sexista del lenguaje.
Artículo 1		X	La igualdad efectiva incluye a la igualdad desde la perspectiva de género.
Artículo 2	X		
Artículo 4 i) k)	X		
Artículo 7		X	Se trata de alegaciones sobre la base del lenguaje no sexista que no proceden dado el cambio radical de enfoque del artículo en cuestión.
Artículo 10 e)	X		
Artículo 12		X	No vemos la necesidad de que cada vez que se menciones una acción, un programa o un Plan, haya que añadir que en su diseño, ejecución o evaluación se tendrá en cuenta la perspectiva de Género. Es redundante y además ya está definido en la Ley 12/2007.
Artículo 14.1.b)	X		
Artículo 14.2	X		Se incluye el precepto pero con el redactado que formula la UIG de la Consejería de Salud, aplicada como nuevo apartado f) del 14.1., que entendemos satisface plenamente el sentido de la alegación que se propone.
Artículo 15.1		X	Lo que plantea es redundante y no aporta nada en el sentido del artículo
Artículo 15.2		X	Lo que plantea es redundante y no aporta nada en el sentido del artículo

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

18

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL

Página 2 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3 a) (1,2º y 3ºb)	X		
Artículo 15.3 g)		X	No procede ya que cambia el sentido de lo que el precepto trata de definir.
Artículo 15.3.k)	X	X	No por la misma razón que el artículo 12
Artículo 17.1.	X		
Artículo 17.2	X		
Artículo 17.4	X		
Artículo 18.1	X		
Artículo 21 b)	X		
Artículo 21 nuevo apartado b) bis		X	No es el sentido de este artículo el definir modalidades asistenciales concretas. El sentido es potenciar aquellas que tengan una mejor relación coste/efectividad.
Artículo 21.d) nuevo apartado 5	X		
Artículo 21. e)		X	No por la misma razón que la alegada en relación al artículo 12
Artículo 22 nuevo apartado	X		
Artículo 23,2 y 3		X	No por la misma razón que el artículo 12
Artículo 23,3		X	No porque este tema ya se aborda específicamente en el artículo 26
Artículo 24	X		
Artículo 25	X		
Artículo 26.2	X		Se acepta parcialmente ya que incluiríamos las propuestas e,f,g,h,i,k y l.
Artículo 27	X		
Artículo 29	X		
Artículo 32	X		
Artículo 33.2		X	No por la misma razón que el artículo 12

1041

1042

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**18 ENTIDAD: CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL**

Página 3 de 3

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 33.3	X		
Artículo 34	X		
Artículo 35		x	No por la misma razón que el artículo 12

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

19

ENTIDAD:

CONFEDERACION DE EMPRESARIOS DE ANDALUCIA (CEA)

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Exposición de motivos		X	No es preciso entrar en modificaciones planteadas de fondo, ya que no existe en el texto animadversión alguna hacia el contexto del sector privado sanitario.
Artículo 1		X	Lo que plantea altera el sentido del objeto de la Ley
Artículo 2		X	Creemos que la definición de eficiencia social y de Grupos de interés es adecuada al objeto que pretende la Ley. Hacer homologable el concepto de grupos de interés con el de "interesado" que define el artículo 31 de la Ley 30/1992 del RJAP y del PAC, no es posible, toda vez que el segundo está orientado en exclusiva al procedimiento administrativo y el primero es un concepto más de política de participación social y profesional.
Artículo 3	X		
Artículo 4		X	No encaja lo que propone en el sentido que se quiere dar al artículo de Principios de la Ley.
Artículo 5		X	El inciso que plantea lanza un mensaje contradictorio con el sentido general de la ley y no estamos de acuerdo con que deba ser un reflejo de la realidad de nuestra sanidad.
Artículo 7		X	No es necesario su aplicación dado el cambio fundamental que ha operado este artículo.
Artículo 14.1. e)	X		Se acepta incorporando la definición en el artículo 2
Artículo 14 b) supresión		X	No consideramos que la supresión sea pertinente en base a lo que se pretende en este artículo.
Artículo 14 nuevo nº 5	X		Se acepta incluyendo una referencia general en el artículo 14.1
Artículo 15.1.		X	No es necesario esta matización. Ya se invoca el cumplimiento de la Ley con carácter general.
Artículo 15.3		X	No se acepta incluir aquí un reconocimiento "impreciso y general" de la objeción de conciencia.
Artículo 15.3.a) 1º	X		

1043

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

19

ENTIDAD:

CONFEDERACION DE EMPRESARIOS DE ANDALUCIA (CEA)

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.
Artículo 16		X	Las tecnologías sanitarias, sensu estricto, si están integradas en el catálogo, pero no así la técnica concreta para hacer efectiva la prestación, que es variable y adaptable al proceso de desarrollo tecnológico.
Artículo 18		X	No se pretende hablar de igualdad en este artículo sino de equidad que es un término diferente.
Artículo 21 c) y d)2		X	No se acepta la modificación que no aporta sustancialmente nada y además complica la redacción sin ninguna finalidad ni resultado
Artículo 22		X	Se rechaza porque ya habla de esta prioridad en el punto 1.
Artículo 23, nuevo punto 4		X	Se rechaza porque lo que plantea ya lo expresa claramente el punto 3.
Disposición Adicional Unica		X	Se ha suprimido como tal.
Nueva Derogatoria		X	Se rechaza porque va vinculada a la alegación al artículo 15,3,i)

1044

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
20	ENTIDAD:	CEOFA - FEFE ANDALUCIA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos punto II, último párrafo		X	Lo que se propone desvirtúa completamente el sentido que el párrafo tiene y el que se le ha querido expresar.
Expomotivos punto III, párrafo 5		X	No estamos de acuerdo con la supresión que se propone, dado que lo que aquí se expresa es el sentir del legislador en la materia.
Expomotivos punto IV, párrafo 2	X		Se acepta parcialmente el matiz que se intriroduce dado que consideramos cierto que los perjudicados son globalmente todos los ciudadanos andaluces. Con el resto no estamos de acuerdo en suprimir esta valoración.
Expomotivos punto V, párrafo 5		X	No se acepta la alegacion porque el alegante considera que el gasto farmacéutico es, unicamente, el que se produce por receta médica a travñes de la O.Farmacia.
Expomotivos punto V, párrafo 5 final	X		
Artículo 1	X		Parcialmente, Se acepta modificar la expresión "por esra ley" por la expresión "por las leyes". El resto no se acepta porque no aporta nada en relación con la redacción actual que es mucho mas clara y diáfana.
Artículo 2 , Eficiencia social		X	No se acepta suprimir ela definición, toda vez que es un concepto que se utiliza en mychos artículos de esta norma y vemos necesario clarificar lo que se quiere decir con esta expresión.
Artículo 2, Grupo de interés		X	La adición que propone invocando la definición de "interesado" de la Ley 30/1992, no encaja en esta definición toda vez que es un concepto jurídico referido al procedimiento administrativo, no homologable con el interes en temas de participación política.
Artículo 3	X		
Artículo 4 a) y b)		X	Las propuestas no son coherentes con el sentido de la norma y tratan de desvirtuar su contenido y su alcance.
Artículo 5		X	Se rechaza porque, aunque pudiera parecer realista la propuesta, lo que hace es restar fuerza y contundencia a esta dimesión de la sostenibilidad y ademas trata de introducir el término "asegurado" lo cual no es concordante con lo que pretende ser est artículo.

1046

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

20

ENTIDAD:

CEOFA - FEFE ANDALUCIA

Página 2 de 4

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 7		X	No procede aceptar esta alegaciones dado el cambio de enfoque que proponemos para sustituir el artículo 7.
Artículo 8.1		X	No se puede aceptar dado que pretende cambiar radicalmente el sentido de lo que el legislador quiere trasladar en este artículo
Artículo 10 a)		X	No se acepta dado que lo que se quiere expresar es "equidad" y es lo que se expresa y no otra cosa.
Artículo 10 d)		X	No se acepta la supresión dado que es algo que pretendemos mantener en la Ley. Es obvio que existen políticas de salud que se ven reforzadas por la acción institucional de otros sectores, y esto es lo que se quiere reconocer.
Artículo 10 g)		X	Se rechaza por sr un concepto útil y claramente definido en el sentido que está redactada este anteproyecto de Ley
Artículo 10. h)	X		
Artículo 14 b)		X	No se acepta. Los acuerdos de consumo son una consecuencia clara de la corresponsabilización en la gestión sanitaria y asistencial de nuestros profesionales y son materia común en los Acuerdos de Gestión con las UGC-
Artículo 14.5	X		Se acepta pero encaja mejor si lo incluimos al inicio del artículo en el punto 1.
Artículo 15.3. 1º	X		
Artículo 15.3. a) 2º		X	No se acepta por obvio e innecesario. No es necesario incluir, a cada paso de la Ley, que nos comprometemos a cumplir la reglamentación básica del Estado para el SNS español.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

20

ENTIDAD:

CEOFA - FEFE ANDALUCIA

Página 3 de 4

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad. Con independencia de ello, sorprende la propuesta alternativa que nos formulan, que es la del sistema de "precios seleccionados", toda vez que esta no es competencia de la Junta de Andalucía.
Artículo 16.1		X	Se rechaza ya que confunde lo que es catálogo de prestaciones y cartera de servicios con lo que son las tecnologías puestas a disposición de estas herramientas. Son cosas completamente diferentes y no se cruzan unas con otras.
Artículo 16.2		X	Se rechaza por la misma razón que la anterior.
Artículo 13.3		X	Se rechaza por la misma razón. Va vinculada a las dos anteriores.
Artículo 18		X	Se rechaza por la misma razón del artículo 10.a)
Artículo 20		X	No se acepta el cambio de denominación. El concepto diálogo llama mejor a una situación de permanencia en el tiempo que se quiere trasladar
Artículo 21		X	Entendemos que la redacción actual es más adecuada y clara que la que se propone.
Artículo 21 c)	X		Se acepta parcialmente con la modificación introducida en el artículo 14.1
Artículo 21 d) 2.		X	La modificación propuesta no aclara nada y es limitativa, ya que hace referencia a un "modelo complementario" que no se aclara en que consiste ni que quiere decir
Artículo 22.1.	X		Consideramos satisfecha la alegación con el cambio introducido en el artículo 10

1047

8401  
1048

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>20</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>CEOFA - FEFE ANDALUCIA</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 23		X	Se rechaza porque de alguna forma ya está recogida en alegaciones de otras entidades ya incluidas en este artículo, concretamente en su punto 3.
Artículo 24.2.	X		Se acpta con la modificación añadida del punto 4
Artículo 34		X	Se rechaza por obvio e innecesario desde el punto de vista jurídico
D-A. Unica		X	No se acepta porque ya hemos decidido su supresión por innecesaria.
D.D.Unica		X	Por la misma razón que la anterior.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

21

ENTIDAD:

CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE VETERINARIA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 17	X		Se cuestiona en primer lugar su ubicación en el contexto de la Ley. Se acepta modificar su ubicación e incluirlo en el Capítulo dedicado a la Sostenibilidad Social
Artículo 17 resto		X	Lo que plantea añadir, que es una relación pormenorizada de todas las profesiones que integran el SSPA y las competencias que deben disponer cada una de ellas, va mucho más allá de lo que es el objetivo de esta Ley. De facto esto está recogido en gran medida en la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y las competencias están desarrolladas en el marco del Plan de Calidad de la Consejería.
Artículo 23		X	La regulación que propone al ampliar el artículo es más propia del ámbito regulatorio propio de la Salud Pública y en gran medida, en Andalucía, está recogido en la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía.
Artículo 25		X	Se rechaza debido a que al final se retiran del texto la clasificación de la UGC y sus diferentes variedades de configuración. No cabe por tanto añadir una más a la clasificación,
Artículo 32		X	Se rechaza por la misma razón que el artículo 23.
Artículo 33		X	Lo que plantea está ya recogido, de alguna forma en la Ley 16/2011 de Salud Pública de Andalucía y no tiene cabida en este artículo.

1050

ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

22

ENTIDAD:

CSIF.- SANIDAD DE ANDALUCIA

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 1	X		Se ha reestructurado el texto para dar cabida adecuada al concepto de "Universalidad" sin menoscabo de las disposiciones del estado en cuanto a "aseguramiento" público sanitario. Concretamente cambios en la definición de ciudadanía, en el ámbito de los derechos y modificaciones en el capítulo 3 de la ley 2/1998 de Salud de Andalucía.
Artículo 4		X	Se hace una crítica general sin aportaciones concretas por lo que no entendemos que se pueda aceptar la alegación.
Artículo 5		X	Lo que plantea, que es conocer la financiación, está fuera del ámbito del presente artículo y de los límites de la propia ley.
Artículo 7		X	Plantea que a su juicio existe un insuficiente desarrollo de los que se llama en la Ley "Grupos de interés". Es una opción de la ley dejar este asunto, mas allá de su definición, a una regulación reglamentaria.
Artículo 8		X	El copago no queda abierto en el marco de las competencias propias de la Junta de Andalucía. En el resto no podemos legislar.
Artículo 10		X	Se hace una crítica general sin aportaciones concretas por lo que no entendemos que se pueda aceptar la alegación.
Artículo 11	X		Se incorpora un criterio de mínimos o de "suelo de financiación".
Artículo 12		X	Lo que plantea va mas allá de lo que en la Ley se puede desarrollar. Los contenidos de las líneas directrices del Plan de Gestión, se fijarán a la hora de formular el mismo, en el marco de los principios y valores que configuran el SSPA.
Artículo 14	X		
Artículo 15		X	No aporta nada concreto
Artículo 17	X		Se atienden los planteamientos globales que se hacen y se corrige expresamente el párrafo 2 al que se hace alusión en la introducción de un nuevo punto.
Artículo 18			No aporta nada concreto
Artículo 20		X	Plantea que a su juicio existe un insuficiente desarrollo de los que se llama en la Ley "Grupos de interés". Es una opción de la ley dejar este asunto, mas allá de su definición, a una regulación reglamentaria.

**ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

22 ENTIDAD: CSIF.- SANIDAD DE ANDALUCIA

Pagina 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 21		X	Se hace una crítica general sin aportaciones concretas por lo que no entendemos que se pueda aceptar la alegación.
Artículo 22		X	Se hace una crítica general sin aportaciones concretas por lo que no entendemos que se pueda aceptar la alegación.
Artículo 23		X	No se aporta nada en concreto
Artículo 24		X	No se aporta nada en concreto
Artículo 25	X		Entendemos que con la corrección efectuada se atiende lo esencial de la reivindicación. SE corrigen dos cuestiones: dar sustento legal a las UGC en el ámbito hospitalario y hacerlo sobre mínimos, dejando el resto de su regulación a reglamento. Se eliminan los aspectos relativos al nombramiento de los Directores de UGC.
Artículo 31		X	No aporta nada concreto
Artículo 32	X		
Artículo 35		X	No aporta nada concreto

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

23

ENTIDAD:

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2		X	La definición de Gestión clínica a la que alude es la que nos parece mas adecuada dado el contexto del SSPA y lo que regula el propio texto legal
Artículo 7	X		La corrección global del articulo 7 entendemos que resuelve lo que se plantea.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**24 ENTIDAD: MEDICOS DEL MUNDO**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos	X		Se aceptan los cambios sugeridos en la redacción del analisis sociodemografico en el apartado V de la Exposicion de Motivos.
Articulos 1 y 2 Universalidad	X		Mediante la supresion de la definición de ciudadanía a efectos de esta Ley y mediante la adecuación del articulo 7 y la modificación con ampliación del articulo 3 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía se atiende plenamente la alegación formulada.
Artículo 5		X	No es posible ser tan excluyentes en cuanto a las expresiones. No es posible (ni probablemente sea adecuado) que toda la titularidad de la prestación sanitaria sea pública. Existen servicios complementarios concertados de titularidad privada.
Artículo 7 w		X	La redacción que propone la encontramos mas vaga y difícil de acotar que la que está establecida
Articulo 7.2	X		Se añade una definición de Grupos de interés en el articulo 2
Articulo 8.2	X		
Artículo 15	X		Se acepta lo que se refiere a poner el énfasis en calidad y seguridad. En lo del seguimiento farmacoterapeutico y la lucha contra el abandono terapeutico, es un tema mas complejo y que extravasa el alcance y contenido de esta Ley.
Articulo 24	X		Se acepta integrar los cambios propuestos en coherencia con otras aportaciones al mismo artículo.
Referencia a la Bioetica	X		Se incluye un nuevo articulo y referencias concretas en la Expomotivos

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

25

**ENTIDAD:****ONCE ANDALUCIA**

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Informe de Globalidad</b>			Mediante el informe aportado por la ONCE ANDALUCIA, esta organización expresa su acuerdo absoluto con el texto de la Ley y la plena coincidencia con los idearios y valores de su organización. NO FORMULA ALEGACIONES.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

26

ENTIDAD:

**ASOCIACION NACIONAL DE AUDILOGOS PROTESICOS**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Disposición adicional Unica		X	El planteamiento de esta Asociación hace referencia a la libertad de elección de establecimiento sanitario de los usuarios a la hora de adquirir un producto sanitario una vez ha sido prescrito por el facultativo correspondiente, en este caso de los audifonos, que es una prestación no cubierta por la estructura de prestaciones del SSPA. Es evidente que esta libertad rige al amparo de la legislación sanitaria nacional y autonómica sin más aportaciones, por lo que entendemos que no es necesario profundizar en este derecho en el marco de la presente Ley

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**27 ENTIDAD: COLEGIO OFICIAL DE OPTICOS-OPTOMETRISTAS DE ANDALUCIA**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Disposición adicional única	X		Su planteamiento es de supresión por cuanto afecta al libre ejercicio privado de su profesión en aspectos que consideran no admisibles. Se acepta suprimirla dada la nueva arquitectura de garantía de derechos que ha configurado la Ley en su artículo 7,

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

28

**ENTIDAD:****FEDER ANDALUCIA**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 7	X		Se incluye en la modificación de la Ley 2/1998 en la disposición final
Artículo 15		X	No vemos la oportunidad ni la coherencia con el contenido de introducir aquí el parrafo que propone, que es una definición de Uso Racional del Medicamento ampliamente extendida por la OMS.
Artículo 24		X	No creemos adecuado singularizar aquí colectivos o grupos concretos de pacientes crónicos. El enfoque de atención a las personas con enfermedades crónicas es para todos.
Artículo 26		X	No caben estas aportaciones dado que los ambitos de colaboración que se plantean son generales y corresponden a areas de actuacion especificas y comunes. Lo que plantea FEDER es muy instrumental y mas propio de protocolos tecnológicos de cooperacion entre ambos sistemas, que seguro que son necesarios pero no tienen un claro encaje en esta redacción.

1052

<b>ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
29	<b>ENTIDAD:</b>	<b>FEDERACION ASOCIACIONES ESCLEROSIS MULTIPLE DE ANDALUCIA</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 4 h)		X	No podemos ser limitativos en los principios de la Ley y restringir la participación social en exclusiva a las Asociaciones de pacientes.
Artículo 7 por adición		X	Lo que propone no es compatible con la organización asistencial de los sistemas de urgencias sanitarias en el Sistema Nacional de Salud ni en el SSPA.
Artículo 8.2	X		
Artículo 10 a)		X	Lo que propone tiene que ver con el desarrollo de este punto y no propone alternativa ninguna.
Artículo 14 1.b)		X	La implicación debe ser de los profesionales en general sin excluir a ninguno, porque evidentemente dependerá del tipo de compra o de bienes que se tengan que adquirir el que se implique a profesionales sanitarios o no sanitarios.
Artículo 14.1.e)		X	No podemos aceptar el inciso que propone por ser discriminatorio para las empresas e ir contra las reglas de la Unidad de Mercado y contra la Ley de contratos del sector público
Artículo 15 3. d)		X	Técnicamente es difícil asegurar la exactitud que se solicita en el inciso que propone la entidad en este punto
Artículo 15.3. i)		X	La eficacia y seguridad de un principio activo está asegurada y avalada por la Agencia Española del Medicamento que es la que autoriza su comercialización en el mercado español
Artículo 20		X	No se acepta por la misma razón que no se aceptó en el artículo 4 h)
Artículo 27.2.b) 4º		X	No se trata aquí de dar espacio a la participación de las Asociaciones de pacientes. Aquí se requiere la voluntad de las personas pacientes expertas en colaborar en estas actividades.

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

30

ENTIDAD:

FARMAINDUSTRIA

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2		X	No procede suprimir el concepto de "coste" de los criterios de desarrollo de la política farmacéutica, ni la prescripción por principio activo de los elementos esenciales de la política farmacéutica de Andalucía, dado que son una realidad ampliamente consolidada
Artículo 15.3.a) 1)	X		Se acepta parcialmente y se retira la referencia al "obligado cumplimiento de los protocolos. El resto no se acepta por ser una modificación mas estética que práctica y puede dar lugar a confusión.
Artículo 15.3.c)		X	No es necesario reiterar que las políticas se haran en el marco del pleno cumplimiento de la legislación de aplicación.
Artículo 15.3.d)		X	<p>Se plantea la supresión del epigrafe. Si bien es cierto que no existe una definición jurídica precisa de lo que son las ATE, si existe una definición indirecta de los mismos en la <b>Ley 10/2013, de 24 de Julio</b>, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 15 de Diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia y 2011/62/UE del Parlamento europeo y del Consejo de 8 de Junio de 2011, sobre prevención de la entrada de Medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su <b>disposición adicional tercera</b> que dice: <i>"Las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapéuticas, tendrán una base científico-técnica común para todo el Sistema Nacional de Salud y se realizarán en el marco de los informes de posicionamiento de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Dichos informes tendrán carácter vinculante"</i>. En suma contempla las ATE en el marco de competencia de la AEMPS y en el contexto de los informes de posicionamiento terapéutico. Por otro lado el concepto práctico de ATE está ampliamente extendido. La propia Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), basándose en las recomendaciones OMS plantea una definición: "Son Alternativas Terapéuticas Equivalentes aquellos fármacos que, utilizándose en una misma indicación, no cuentan con evidencias que nos puedan hacer preferir uno sobre otro en cuanto a la relación beneficio/riesgo". No necesariamente implica demostración de bioequivalencia. Se basa en que, en la mayoría de los pacientes no existen resultados objetivos de eficacia/seguridad que obliguen a decantarse por un fármaco o por otro en la decisión terapéutica. Por tanto es razonable y hasta recomendable utilizar la opción terapéutica más ventajosa para la sostenibilidad del Sistema. El uso de las ATE está muy extendido en el SNS español y podemos encontrar protocolos y recomendaciones en diferentes Servicios de Salud (Murcia, Baleares Castilla la Mancha...). Las razones que aduce farmaindustria son por tanto inexactas y hasta contradictorias. Respecto a la inexactitud del concepto esta ya aclarado con la explicación anterior. Respecto a las contradicciones de la Junta de Andalucía para su definición, también está claro. La Junta no es competente, pero no es óbice para que se pueda promocionar su uso, que es lo que el presente proyecto de Ley establece. <b>POR TANTO SE RECHAZA LA ALEGACION DE SUPRESIÓN.</b></p>

1059

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

30

ENTIDAD:

FARMAINDUSTRIA

Pagina 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegacion para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no estan debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspension que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza estan plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegacion formulada por esta entidad.
Artículo 16.3		X	Propone la supresión del punto tres por entenderque Tecnología sanitaria puede incluir el medicamento. No es así dado que son artículos diferentes en la presente Ley y no deben ser confundidos.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

31

ENTIDAD:

GLAXO SMITHKLINE ESPAÑA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2		X	La supresión que propone es la referencia a la promoción de la prescripción por principio activo, el uso de ATE's, el seguimiento de la calidad de la prescripción y el control del partenariado público privado orientado a prevenir los conflictos de interés. Todos estos aspectos son seña de identidad de la política farmacéutica de Andalucía y deben estar presentes en el anteproyecto de Ley.
Artículo 15.3. a) 1º	X		
Artículo 15.3.d)		X	No es necesario incidir en el inciso que aportan. Nadie cuestiona la competencia básica de la AEMPS en la definición de los ATE en cada caso y según sus informes de posicionamiento terapéutico.
Artículo 15.3.e)		X	Plantean la supresión, en el entendimiento de que el establecimiento de espacios colaborativos no es más que el establecimiento de una condición especial de financiación para un determinado fármaco, vinculado en este caso a resultados de salud. Según alegan fijar condiciones especiales de financiación corresponde en exclusiva al Ministerio de Sanidad. Compartimos la reflexión cuando se trata de alterar el precio relativo de un medicamento en el marco de la financiación de estos para el SNS. En el anteproyecto de Ley se es muy cuidadoso en no invadir estas competencias. La Junta de Andalucía promoverá esta línea de colaboración con la Industria en el marco de sus propias competencias y en su aplicación en la propia Comunidad Autónoma. Por tanto se rechaza la propuesta.
Artículo 15.3. h)	X		Se acepta incluir la obligación de publicidad activa.
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.

<b>ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>32</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>LABORATORIO DAVUR S.L.</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	<p>Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.</p>

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA****33 ENTIDAD: LABORATORIO CINFA S.A.**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.

1064

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

34

ENTIDAD:

LABORATORIO RATIOPHARM

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	<p>Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.</p>

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

35 ENTIDAD: LABORATORIO TEVA PHARM S.L.U.

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.3.i)		X	Se trata de una alegación para la supresión del inciso de referencia en el texto de la Ley, que es el que reconoce, en el marco de las actuaciones de sostenibilidad económica basadas en el Uso Racional del Medicamento, la selección por concurso público de medicamento y productos sanitarios a dispensar por las Oficinas de farmacia cuando se prescriban por principio activo. Aduce causas de ilegalidad e inconstitucionalidad que no están debidamente acreditadas toda vez que el TC no ha dictado sentencia sobre este asunto y el único auto que dictó en su momento es el de levantamiento de la suspensión que pesaba sobre el Decreto Ley 3/2011 de 13 de Diciembre de modificación de la Ley 22/2007 de Farmacia de Andalucía. Luego los preceptos de la Ley andaluza están plenamente vigentes, por lo que no cabe aceptar la alegación formulada por esta entidad.

1066

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>36</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE DENTISTAS</b>

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones generales</b>			Las Consideraciones Generales de esta entidad no apoyan ni valoran el texto del anteproyecto en la medida que, según plantean es demasiado programático y recogen preceptos ya legislados en normas básicas o autonómicas previas
<b>Inclusion de nuevas prestaciones</b>		X	Plantean la inclusión de nuevas prestaciones, como es el caso de la atención dental integral a toda la población. Este planteamiento se rechaza por no ser el objetivo de esta ley incluir nuevas prestaciones a las ya contempladas para el SSPA.

**ANTEPROYECTO DE LEY Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**  
**37 ENTIDAD: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMON. SANITARIA**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos	X		Se incluye referencia a la ley general de sanidad de 1986 .
Artículo 2		X	Se rechaza definir por separado los conceptos de Sostenibilidad, ya que se trata de construir el concepto apoyándonos en las diferentes dimensiones que inciden en el mismo, por lo que en este sentido la Sostenibilidad es consecuencia y no causa.
Artículo 8.1		x	No consideramos adecuado introducir matices en los copagos por cuanto no los consideramos como una herramienta adecuada para garantizar la sostenibilidad e incluyen elementos de inequidad.
Referencia a la Bioetica	X		Se incluye un nuevo artículo y referencias concretas en la Expomotivos
Artículo 9	X		Plantea las incongruencias que tiene la ley referentes a la Universalidad. Se acepta con la supresión del concepto de ciudadanía en el artículo 2, con la modificación del artículo 7 y con la modificación del artículo 3 de la ley de Salud de Andalucía.
Artículo 12.2. d)		x	No es necesario incluir esto puesto que la referencia de contenidos es de mínimos.
Artículo 14.1.	X		
Artículo 14.2		X	Pretendemos fijar con carácter estable el modelo provincial de contratación que es el modelo que estimamos de escala idónea para nuestra política de compras.
Artículo 17	X		Se incluye como 2 bis en el citado artículo (nuevo punto 3 en la nueva numeración)
Artículo 22	X		
Artículo 24		X	No se acepta porque este artículo pretende poner el énfasis y el valor en el papel especial que debe tener Atención Primaria en la atención a la cronicidad y la pluripatología
Artículo 25		X	No se acepta dado que la transformación por la que hemos optado es la de regular el mínimo imprescindible sobre las UGC y llevar todos los aspectos funcionales y regulatorios a Reglamento
Artículo 26.1	X		
Artículo 26.1.	X		
Artículo 30. 1.		x	Nos referimos aquí especialmente a las responsabilidades en la materia de la Administración sanitaria
Artículo 30.2		X	La alegación plantea una distinción entre el concepto de Investigación, gestión del conocimiento e innovación que nos es objeto de esta norma abordar.

1068

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>37</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMON. SANITARIA</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 31.1.	X		
Artículo 31.2		X	Se trata de una reflexión que no tiene repercusión práctica en el articulado
Artículo 35	X		

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

38

ENTIDAD:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE SALUD (SEDISA)

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Propuesta de inclusión de un artículo nuevo en el Título II capítulo III	X		Se acepta incluyendo un artículo nuevo a continuación del artículo dedicado a la gestión Clínica.

2701

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

40

ENTIDAD:

**SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI)**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Informe de Globalidad			La SADEMI presenta un informe valorativo del que cabe concluir su adhesión y acuerdo con el anteproyecto de Ley, con sus valores, sus principios y el marco que regula, si bien aprovecha para poner énfasis en lo que ellos entienden como carencias en la actual situación y elementos, de carácter instrumental que es preciso mejorar. Se ponen a disposición del Gobierno para llevar a buen puerto esta iniciativa.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

41 ENTIDAD: **UNION GENERAL DE TRABAJADORES (UGT)**

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos apartado II	X		Los criterios que apunta se pueden reesumir en criterios de planificación, que se introducen en el texto.
Expomotivos apartado III		X	Lo que se plantea esta fuera completamente del sentido del párrafo en cuestión.
Expomotivos apartado IV	X		La Ley poner en valor el papel especial de la Atención Primaria de Salud en el desarrollo futuro de la sostenibilidad del Sistema Sanitario y su papel en e la gestión clínica y de la cronicidad.
Artículo 2		X	Las definiciones que plantea incorporar no son pertinentes toda vez que están perfectamente explicadas y desarrolladas en el articulado, sin que sea necesario forzar la abstracción de una definición compleja en la mayoría de los casos.
Artículo 12		X	Está claramente definido que será la Consejería competente en materia de Salud la que elabore el Plan de Gestión.
Artículo 14.1.	X		Se acepta parcialmente al introducir la premisa de "calidad y Seguridad en las compras de bienes y servicios. El Criterio que plantea respecto a la externalización no lo vemos pertinente en este artículo.
Artículo 14.2		X	No vemos conveniente en una norma con rango de Ley introducir más elementos que son más bien de desarrollo reglamentario.

1073

1074

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>41</b>	<b>ENTIDAD:</b>	<b>UNION GENERAL DE TRABAJADORES (UGT)</b>

Pagina 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 15.2		X	Las ATE se definen por la Agencia del Medicamento en los informes de posicionamiento terapeutico segun establece la Ley 10/2013, de 24 de Julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento europeo y del Consejo, de 15 de Diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia y 2011/62/UE del Parlamento europeo y del Consejo de 8 de Junio de 2011, sobre prevención de la entrada de Medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su disposición adicional tercera que dice: "Las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapeuticas, tendrán una base científico-técnica común para todo el Sistema Nacional de Salud y se realizarán en el marco de los informes de posicionamiento de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Dichos informes tendrán carácter vinculante"
Artículo 17		X	No nos parece el lugar adecuado este artículo para fijar estos compromisos temporales específicos, que no se establecen en otras materias referenciadas.
Artículo 25	X		De alguna forma en la modificación del artículo 25, al hablar de desarrollo reglamentario habra que estar a lo dispuesto en la legislación de aplicación a la hora de tramitar el reglamento en relacion a la negociación en mesa sectorial de sanidad de la Comunidad Autónoma.
Artículo 35	X		En el inciso final se recoge la participación que se reclama en la alegación

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

42

ENTIDAD:

ASOCIACION CORDOBESA DE PARALISIS CEREBRAL Y OTRAS AFECIONES SIMILARES

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 2		X	El concepto de "evidencia científica" es un concepto ampliamente difundido y conocido en el acervo de la formación de los profesionales sanitarios y no vemos necesario tener que entrar en definiciones que serían excesivamente clínicas en esta norma.
Artículo 7.1.w)		X	No es objeto de este artículo el perfilar los aspectos técnicos y/o de participación social respecto a la formulación de un derecho determinado. Este apartado exclusivamente formula el qué y no el cómo. Aparte de esta cuestión, el cambio de formulación de este artículo hace innecesaria esta alegación.
Artículo 15.3.d)		X	En el artículo 15.3.k ya se contempla la colaboración de los grupos de interés y en particular la de organizaciones ciudadanas de cara a fomentar el buen uso y el mejor conocimiento de la prestación farmacéutica, campo donde entendemos es vital contar con esta colaboración. La determinación de los ATE es un proceso técnico y que parte de un posicionamiento terapéutico desde la Agencia Española del Medicamento,
Artículo 15.3.i)		X	No es posible contemplar estos extremos en este apartado, primero porque no trata el artículo de definir como se configuran los pliegos para la selección pública ni se abunda en criterios para ello, que induciría a pensar que caben otros criterios. Y en segundo lugar porque no parece muy razonable ampliar la cartera de prestación farmacéutica por esta vía de las "mejoras" en los pliegos.
Artículo 19		X	Con esta aportación nos encontramos de nuevo con la tesitura de tener que rechazar la alegación, toda vez que el matiz que incluye no es objeto de este punto. No se trata de decir cómo sino de definir qué. Por otra parte incluir a grupos concretos de interés, aportaría una discriminación frente a terceros que no busca para nada esta norma.
Artículo 20	X		Entendemos que la definición incluida en el artículo 2 satisface el planteamiento de esta entidad toda vez que resulta incluyente para sus intereses.
Artículo 24.3	X		Se recoge en la modificación planteada en el punto 3 del artículo
Artículo 26		X	Lo que plantea no encaja bien con el enfoque del artículo. El eje educativo es esencial en salud, pero de una forma general y no especialmente en el enfoque sociosanitario

1075

9501

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

42

ENTIDAD:

ASOCIACION CORDOBESA DE PARALISIS CEREBRAL Y OTRAS AFECCIONES SIMILARES

Página 2 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 27.2.b) 4º		X	Es obvio que se contará con la Asociaciones de pacientes, pero en este punto se quiere enfatizar exclusivamente el papel del paciente como formador, a título individual, lo que no excluye que estos programas se trabajen con entidades asociativas de los mismos.
Artículo 35		X	Se rechaza por las mismas razones y con los mismos argumentos citados para el artículo 19

130

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W1

AUTORIA

**MARIANO SANCHEZ ROBLES**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Inclusion de un nuevo aspecto profesional		X	El anteproyecto es cierto que no contempla, en particular, el papel del trabajador social integrado en las Instituciones Sanitarias ni en Atención Primaria ni en Atención Hospitalaria, pero es que no incluye expresamente ningún tipo ni perfil profesional, pero tampoco lo excluye expresamente, por lo tanto, consideramos que el trabajo social en Atención Primaria esta incluido implícitamente en el anteproyecto de Ley.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W2 AUTORIA

1131

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideración general al empleo de la palabra usuario		X	Normalmente el uso de la palabra Usuario está circunscrito a la expresión "pacientes y usuarios", salvo cuando se trata de denominaciones formales como es el caso de la BDU. Por tanto pensamos que está correctamente empleada.
Artículo 10 j)	X		Lo que plantea esta resuelto en la nueva redacción del artículo 7.3
Artículo 27 2. b)	X		Se sustituye "paciente" por "ciudadanía"
Artículo 27.2. b) 1º	X		

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W3

AUTORIA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Reflexion General sobre el texto y sobre la orientacion de los actuales servicios del SSPA	X		No se trata por parte del Alegante de solicitar un cambio en el anteproyecto, que comparte integramente, sino de reflexionar sobre la transformación del SSPA para hacer frente a los nuevos retos como son la cronicidad y la dependencia, esta o no asegurada con la misma. Es evidente que una norma no cambia en si mismo el modelo, sino que sobre la base de las normas, es la voluntad política y una masa crítica profesional y ciudadana la que consiguen de verdad los cambios, Queda la tranquilidad que el texto toca todas las variables que consideramos críticas y puede, de facto, ser un punto de apoyo para cimentar la transformación asistencial que nuestro modelo precisa.

1132

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
w4	<b>AUTORIA</b>	<b>ASOCIACION MENAMA (MALAGA)</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos		X	No se aceptan las aportaciones dado que su sentido y redacción no encajan con la argumentación de la redacción del proyecto.
Artículo 7.1.b)		X	No se trata de cambiar lo que se quiere decir. Si se quiere decir medico, no procede cambiarlo por facultativo. Por otra parte la libertad de elección no es excluyente porque contempla también a otros profesionales.
Artículo 7.1.f)		X	No procede dado el cambio operado en el artículo 7
Artículo 7.1. e)		X	No procede dado el cambio operado en el artículo 7
Artículo 10.g)		X	No procede cambiar eficiencia por eficacia. Son conceptos diferentes.
Artículo 15.1		X	El artículo esta orientado a medicamentos y no a otras cuestiones
Artículo 15.2		X	El artículo esta orientado a medicamentos y no a otras cuestiones
Artículo 21		X	Se rechaza por la misma razón que el 10.g
Artículo 31		X	Lo que propone ya esta recogido, Al citar el retorno al SSPA lo esta haciendo indirectamente a la sociedad andaluza

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W5 AUTORIA

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Alegación sobre UGC nombramientos	X		Se retira de la norma lo referente al nombramiento de Directores de UGC
Artículo 11		X	Se rechaza referenciar el gasto a la media Gasto por habitante del SNS por que los cálculos realizados lo revelan como inalcanzable a medio plazo por la Comunidad Autónoma- hay que fijar metas alcanzables

1/34

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**W6 AUTORIA**



Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
General			No formula propuesta alguna solo se manifiesta contrario globalmente al proyecto

1135

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W7 AUTORIA



136

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Alegacion a UGC	X		El matiz que critica del artículo 25 se retira

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**  
**W8 AUTORIA** [REDACTED]

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales		X	Aparte de consideraciones generales propone incluir tiempos máximos para las OPES, aspecto este que se ha descartado en el proyecto debido a la dificultad que entraña en la practica y a que entendemos que los ritmos de convocatoria deben ir acordes al Plan de Recursos humanos del SSPA.

1137

138

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W9</b>	<b>AUTORIA</b> <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>

Artículo o disposición	ACEPTADA	REGHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales		X	Se rechaza la eliminación de la regulación de las UGC en el artículo 25 toda vez que entendemos que es una orientación de la organización que contribuye de forma muy decisiva a la sostenibilidad actual y futura del sistema

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W10</b>	<b>AUTORIA</b>

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones Generales</b>		<b>X</b>	<b>SE TRATA DE CONSIDERACIONES GENERALES DE DESACUERDO GLOBAL CON EL PROYECTO</b>

1/39

1140

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>W11</b>	<b>AUTORIA</b>	

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Artículo 25	X		Las reflexiones que plantea se aceptan, en el sentido de retirar estos elementos de la redacción del artículo y llevarlos a debate posterior en el desarrollo reglamentario.
Artículo 35	X		Se incluye lo que plantea
D,A, única		X	No ha lugar dado que se ha suprimido y cambiado esta disposición.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W12 AUTORIA 

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones Generales		X	Plantea una reflexión/reivindicación sobre las especialidades de enfermería que no esta falta de razón no obstante no es el marco adecuado este proyecto de Ley para su implementación.

1141

142

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W13</b>	<b>AUTORIA</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales		X	Sin aportaciones

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W14      AUTORIA      [REDACTED]

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales		X	Sin aportaciones concretas

143

MMY

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>W15</b>	<b>AUTORIA</b>	

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones generales sobre las UGC</b>		<b>X</b>	Muestra su desacuerdo con el modelo pero no aporta alegaciones concretas al mismo

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W16</b>	<b>AUTORIA</b> <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</span>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales		X	Se une a las alegaciones formuladas por el SATSE

1145

1146

<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>W17</b>	<b>AUTORIA</b>	

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones generales</b>		X	Plantea consideraciones generales y lo unico concreto es una propuesta sobre Libre elección de enfermería en Atención Primaria. Es verdad que esto es un concepto que todavía hoy no se aplica, pero la ley contempla la posibilidad en su desarrollo reglamentario.

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W18</b>	<b>AUTORIA</b>

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales sobre las UGC		X	Se alega un desacuerdo con el modelo y se solicita su supresión. No se considera adecuada la misma toda vez que consideramos que es un modelo esencial para garantizar la sostenibilidad actual y futura del SSPA.

thrk

148  
8511

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>		
<b>W19</b>	<b>AUTORIA</b>	

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones sobre las UGC</b>	X		Las reflexiones que plantea se aceptan, en el sentido de retirar estos elementos de la redacción del artículo y llevarlos a debate posterior en el desarrollo reglamentario.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W20

AUTORIA

SOCIEDAD ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA Y ADMON. SANITARIA (SASPAS-HIPATIA)

Página 1 de 2

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Expomotivos	X		Se incluye referencia a la ley general de sanidad de 1986
Artículo 2		X	Se rechaza definir por separado los conceptos de Sostenibilidad, ya que se trata de construir el concepto apoyándonos en las diferentes dimensiones que inciden en el mismo, por lo que en este sentido la Sostenibilidad es consecuencia y no causa.
Artículo 8.1		X	No consideramos adecuado introducir matices en los copagos por cuanto no los consideramos como una herramienta adecuada para garantizar la sostenibilidad e incluyen elementos de inequidad.
Referencia a la Bioética	X		Se incluye un nuevo artículo y referencias concretas en la Expomotivos
Artículo 9	X		Plantea las incongruencias que tiene la ley referentes a la Universalidad. Se acepta con la supresión del concepto de ciudadanía en el artículo 2, con la modificación del artículo 7 y con la modificación del artículo 3 de la ley de Salud de Andalucía.
Artículo 12.2. d)		X	No es necesario ya que la referencia que se establece es de mínimos a incluir.
Artículo 14.1.	X		
Artículo 14.2		X	Pretendemos fijar con carácter estable el modelo provincial de contratación que es el modelo que estimamos de escala idónea para nuestra política de compras.
Artículo 17	X		Se incluye como 2 bis en el citado artículo (nuevo punto 3 en la nueva numeración)
Artículo 22	X		
Artículo 24		X	No se acepta porque este artículo pretende poner el énfasis y el valor en el papel especial que debe tener Atención Primaria en la atención a la cronicidad y la pluripatología
Artículo 25		X	No se acepta dado que la transformación por la que hemos optado es la de regular el mínimo imprescindible sobre las UGC y llevar todos los aspectos funcionales y regulatorios a Reglamento
Artículo 26.1	X		
Artículo 26.1.	X		
Artículo 30. 1.			Nos referimos aquí especialmente a las responsabilidades en la materia de la Administración sanitaria
Artículo 30.2		X	La alegación plantea una distinción entre el concepto de Investigación, gestión del conocimiento e innovación que nos es objeto de esta norma abordar.

bhr

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**  
**W20 ENTIDAD: SOCIEDAD ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA Y ADMON. SANITARIA (SASPAS-HIPATIA)**

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Artículo 31.1.	X		
Artículo 31.2		X	Se trata de una reflexión que no tiene repercusión práctica en el articulado
Artículo 35	X		

ASV



**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W22

**AUTORIA**

**ALTERNATIVA (ALTERNATIVA)**

2511

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones Generales		X	Consideraciones generales y muy críticas contra la política y la gestión. No aporta nada concreto. Rechaza el anteproyecto.

**ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

W23      AUTORIA      [REDACTED]

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones generales sobre las UGC	X		Se alega un desacuerdo con el modelo, en particular con la dependencia jerarquica y funcional de los enfermeros respecto de los Directores de Unidad. Si bien ese aspecto está retirado del borrador será un tema que habrá que discutir en el desarrollo reglamentario. Propone la creación de UGC de cuidados de enfermería que presten servicio al resto de UGC. Se rechaza como modelo.

1153

MSY

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W24</b>	<b>AUTORIA</b>

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Consideraciones generales</b>		X	Consideraciones generales muy criticas con el proyecto, poniendo de manifiesto el (a su juicio) poco peso de la promoción, la prevención y la atención a la cronicidad en el mismo. Critica el modelo de ugc. no aporta nada concreto que podamos valorar para modificar o incorporar.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**W25 AUTORIA** [REDACTED]

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Consideraciones en torno al artículo 25 sobre UGC	X		Se acepta incorporar las Unidades de Protección de la salud en la regulación de UGC

1155

AS6

<b>ANTEPROYECTO DE LE Y DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA</b>	
<b>W26</b>	<b>AUTORIA</b> [REDACTED]

<b>Artículo o disposición</b>	<b>ACEPTADA</b>	<b>RECHAZADA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Alegación al artículo 23</b>	<b>X</b>		Se acepta incluir el concepto de protección de la salud.

**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

**W27 AUTORIA** [REDACTED]

Artículo o disposición	ACEPTADA	RECHAZADA	OBSERVACIONES
Alegación al artículo 23	X		Se acepta incluir el concepto de protección de la salud.

1157

**INFORME SSPIO0010/16-D ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

*Ley de garantías y sostenibilidad del sistema sanitario público de Andalucía. Destinatarios de la asistencia sanitaria ofrecida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía: titulares de derechos, asegurados y beneficiarios del Sistema Nacional de Salud. Planificación. Contratación: nuevas Directivas. Concepto de funcionario y de autoridad a efectos administrativos y penales.*

Remitido por el Ilmo. Sr. Secretario General Técnico de Salud el anteproyecto de Ley referenciado, para la emisión del informe preceptivo que contempla el artículo 78.2.a) del Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto 450/2000, de 26 de diciembre, se formulan las siguientes

**CONSIDERACIONES JURÍDICAS**

**PRIMERA.** La Ley cuyo anteproyecto se somete a informe tiene por objeto la regulación de diversos aspectos del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la modificación de la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía.

Parte para ello del concepto de Sistema Sanitario Público de Andalucía delimitado en el artículo 43 de la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía, de modo que con la Ley se trataría de garantizar su sostenibilidad en sus dimensiones económica, social, ambiental y del conocimiento, investigación e innovación, según se desprende de su parte expositiva.

**SEGUNDA.** En cuanto a su estructura, se dividiría en 37 artículos, organizados en tres Títulos sobre disposiciones generales, garantías del Sistema Sanitario Público de Andalucía y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, respectivamente; dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.

Sin perjuicio de las consideraciones de técnica normativa que puedan hacerse posteriormente, estimamos correcta la estructura dada al proyecto.

**TERCERA.** Por otra parte, respecto a la tramitación seguida hasta el momento, de acuerdo con los artículos 43.5 y 45.1.c) de la Ley 6/22206 de 24 de octubre, de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se recomienda motivar debidamente en el expediente que el trámite de audiencia a la ciudadanía cuyos derechos e intereses legítimos se han considerado afectados por la ley proyectada se haya conferido precisamente a través de cada una de las organizaciones y asociaciones que constan en el mismo, en cuanto se consideren que la agrupe o la represente y que sus fines guardan relación directa con el objeto de la disposición.

No constando en el expediente remitido que se haya recabado el informe de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, consideramos que, por la posible incidencia que pueda tener la Ley sobre las actividades económicas, la competencia efectiva en los mercados o la unidad de mercado, todo ello de acuerdo con el artículo 3.i) de la Ley 6/2007, de 26 de junio, de Defensa de la Competencia de Andalucía, el artículo 8.4.a) de los Estatutos de la Agencia de Defensa de la Competencia, aprobados mediante el Decreto 289/2007, de 11 de diciembre, y la Resolución de 7 de enero de 2016, de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por la que se aprueban los criterios para determinar los supuestos en los que un proyecto normativo puede incidir en la competencia, unidad de mercado, actividades económicas y principios de buena regulación.

También debemos recordar la necesidad de recabar el dictamen preceptivo del Consejo Consultivo de Andalucía, ex artículo 17.2 de la Ley 4/2005, de 8 de abril, del Consejo Consultivo de Andalucía.

**CUARTA.** Respecto al marco competencial y normativo en el que se insertaría el presente texto normativo, comenzando por las competencias autonómicas andaluzas en la materia, constituye el presupuesto para su aprobación el artículo 55 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, y en concreto, sus apartados 1 y 2, que le reconocen así a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, así como en el marco del artículo 149.1.16ª de la Constitución, la ordenación farmacéutica, y por otro lado también la competencia compartida sobre sanidad interior.

La nueva Ley se añadiría a otras normas generales que en la actualidad configuran el régimen jurídico general del Sistema Nacional de Salud y, específicamente, del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tales como serían la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, la Ley 2/1998, de 15 de julio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Como indicaremos a continuación al analizar algunos de los apartados concretos del anteproyecto, debe procurarse la integración idónea de la Ley en el marco normativo actual que acabamos de señalar, debiendo garantizarse, por razones de seguridad jurídica, que resulte un régimen claro y sencillo, evitándose la confusión o solapamiento de normas sobre los mismos aspectos o elementos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**QUINTA.** Entramos ya en el examen pormenorizado de cada uno de los apartados de la Ley.

**5.1.- Artículos 1, 6 y 8, y Disposición final primera.Uno, que modifica el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía:** Como consideración de carácter general y también principal debemos tratar la relativa a la delimitación contenida en el anteproyecto de los destinatarios de las actuaciones públicas en materia de salud.

A estos efectos, debemos comenzar exponiendo la regulación que contendría al respecto la Ley objeto de informe, iniciándose la misma con un artículo 1 en el que se proclama como su objeto el de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, asegurando los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, y señalando la finalidad de permitir *"la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite, independientemente de sus circunstancias sociales y económicas"*. De este precepto destaca, por tanto, la proclamación de la universalidad del Sistema en los términos más amplios posibles en cuanto a sus beneficiarios.

Sin embargo, este tenor expansivo parece matizarse a continuación en el artículo 6, pues en el mismo se haría la siguiente distinción. Así, en el apartado 1 se hace referencia a los derechos relacionados con la salud garantizados en el Estatuto de Autonomía de Andalucía - en particular, el derecho al testamento vital y dignidad ante el proceso de muerte y los derechos de salud (artículos 20 y 22 del Estatuto) -, atribuyéndoselos a las personas en Andalucía pero en los términos establecidos en el propio Estatuto, o lo que es lo mismo, a los titulares que así resulten de los artículos 12 y 13 de la norma estatutaria. Y por otro lado, en el apartado 2 del mismo precepto y a favor de los sujetos titulares de los derechos de la Ley de Salud de Andalucía, definidos en su artículo 3, se establece una serie de derechos frente al Sistema Sanitario Público de Andalucía y reconocidos de forma dispersa en la normativa andaluza.

A ello hay que añadir que, al tiempo que en el artículo 8 se contiene la misma remisión al artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, la propia norma en proyecto modificaría este precepto a través de su Disposición final primera.Uno.

Puede apreciarse, por tanto, que el texto remitido no es homogéneo o uniforme en la cuestión que ahora analizamos, no siguiéndose siempre el mismo criterio para referirse a los titulares de los derechos implicados en materia de salud y frente al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Así, a pesar de que se comienza proclamando el objetivo de atención a toda persona que necesite asistencia sanitaria pública, posteriormente se invoca indirectamente la regla general sentada en el Estatuto de Autonomía de Andalucía, según la cual es necesario ser vecino de Andalucía para poder ser titular de los derechos de salud reconocidos en el mismo, aunque sin perjuicio de lo que pueda derivar de la Constitución, de la legislación básica estatal, o del Derecho Internacional, y se terminan concretando estos últimos incisos estatutarios mediante la modificación del artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, en virtud de la cual, la vecindad administrativa podría no ser suficiente para ostentar tales derechos, como también podría no ser necesaria su concurrencia.

En cuanto a la compatibilidad del artículo 1 de la Ley con las restricciones que resultarían del nuevo artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, como también del artículo 6 del anteproyecto, consideramos que cabría una interpretación conforme de todos ellos si atendiéramos únicamente a la condición impuesta en el artículo primero acerca de que la persona en cuestión necesite la asistencia sanitaria pública, pues las limitaciones establecidas en el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía se

explicarían a partir de la ponderación de la necesidad presente en cada colectivo. Sin embargo, ese artículo 1 demuestra su propósito expansivo al terminar declarándose en el mismo que el acceso será independiente de las circunstancias económicas y sociales de la persona, siendo así que tales circunstancias son fundamentalmente las consideradas, tanto por el legislador estatal, como en la Disposición final primera. Uno, al identificar a los destinatarios de los servicios públicos sanitarios. Por tanto, ha de asegurarse la coherencia sistemática del régimen que se establezca definitivamente sobre los titulares de los derechos de salud en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Entrando ya en profundidad en el análisis de la delimitación propuesta en la Disposición final primera. Uno para su inclusión en el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, se advierte que el Gabinete Jurídico ya se ha pronunciado, a través de la Nota Informativa AAPI00042/15, de 18 de febrero de 2016, emitida por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Salud, sobre la procedencia de prever en el apartado 2 de este precepto la asistencia sanitaria a favor de los extranjeros con vecindad administrativa en Andalucía, no registrados ni autorizados como residentes en España, que carezcan de recursos económicos y que en el marco de la legislación básica estatal no tuvieran derecho de cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud, novedad que sería la más destacada por su contraste con lo dispuesto por el Estado, como ahora veremos.

El marco normativo estatal en la materia estaría constituido, en primer lugar, por el artículo 1 de la Ley 14(1986, de 25 de abril, General de Sanidad, según el cual *"Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional."*(apartado 2), mientras que *"Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan."*(apartado 3).

Pero la innovación de mayor relevancia en este esquema se ha producido con la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud por el 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. A través de este instrumento normativo excepcional se introdujo en el artículo 3 de la Ley 16/2003 la definición de "asegurado":

*"1 . La asistencia sanitaria en España , con cargo a fondos públicos , a través del Sistema Nacional de Salud , se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado .*

*2 . A estos efectos , tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos :*

*a ) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia , afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta .*

*b ) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social .*

*c ) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social , incluidas la prestación y el subsidio por desempleo .*

*d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y residir en España.*

*A los solos efectos de lo dispuesto en este artículo, la realización de trabajos por cuenta ajena o propia, por un período inferior a seis meses, cuando no se acceda a nueva prestación o subsidio por desempleo, no impedirá recuperar la condición de parado que agotó la prestación o el subsidio por desempleo.*

*3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.*

*4. A los efectos de lo establecido en el presente artículo, tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado, siempre que residan en España, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, el ex cónyuge a cargo del asegurado, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65%."*

El nuevo artículo 3. ter contempla, no obstante, la asistencia sanitaria en situaciones especiales:

*"Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:*

*a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.*

*b) De asistencia al embarazo, parto y postparto.*

*En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles."*

Ya el artículo 4 también contiene criterios determinantes de los puntos de conexión territorial a aplicar para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria:

*"En los términos de esta Ley, los ciudadanos tendrán los siguientes derechos en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: (...)*

*b) A recibir asistencia sanitaria en su Comunidad Autónoma de residencia en un tiempo máximo, en los términos del artículo 25.*

*c) A recibir, por parte del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que*

*podiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa Comunidad Autónoma."*

Más adelante, aunque no derive del Real Decreto-ley, el artículo 24 de la Ley estatal dispone lo siguiente sobre garantías de movilidad:

*"1. El acceso a las sanitarias prestaciones reconocidas en esta Ley se garantizará con independencia del reconocidas en lugar del territorio nacional en el que se encuentren en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud, atendiendo especialmente a las singularidades de los territorios insulares.*

*Asimismo, se garantizará a todos los usuarios el acceso a aquellos servicios que sean considerados como servicios de referencia de acuerdo con el artículo 28 de esta Ley."*

A ello debemos añadir la referencia al régimen de los españoles residentes en el exterior que se establece en la Disposición adicional primera del Real Decreto-ley, como también en la Disposición adicional primera del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, aprobado en desarrollo de las normas legales estatales que acabamos de citar.

Contrastando el ordenamiento estatal con el proyecto artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía que ahora debemos estudiar, hemos de advertir, en primer lugar, que no se contendría en este último referencia alguna a los españoles de origen residentes en el exterior, debiéndose valorar, por tanto, el traslado, a la normativa autonómica, del régimen estatal al respecto al que acabamos de referirnos.

También parece que se omite la previsión expresa de los menores extranjeros, a los cuales se les reconoce en el artículo 3. ter de la Ley 16/2003 el derecho de asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Continuando nuestro examen, puede advertirse que la alusión en el artículo 3.1.a) de la Ley de Salud de Andalucía a todas las personas con vecindad administrativa en Andalucía podría implicar una redundancia respecto a los nacionales de Estados Miembros de la Unión Europea, a extranjeros de otros Estados, o a extranjeros no residentes pero con vecindad administrativa en Andalucía, colectivos a los que se refieren los apartados siguientes del mismo precepto.

En cualquier caso, entendemos que en el apartado 1 de este artículo 3 prácticamente se estaría acogiendo el mismo régimen establecido por la legislación estatal, dadas las remisiones a la misma. Sin embargo, donde se encontraría lo más novedoso sería en el apartado 2, al reconocérsele el derecho a la asistencia sanitaria por el Sistema Sanitario Público de Andalucía a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, con vecindad administrativa en Andalucía, que

carezcan de los recursos económicos mínimos, y que carecieran del derecho de cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Sería lo más destacado de la modificación proyectada porque el artículo 3. ter de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud únicamente prevé, para los extranjeros no registrados ni residentes, la asistencia sanitaria de urgencia, y la asistencia al embarazo, parto y postparto. Por tanto, se estarían ampliando en el ordenamiento autonómico las prestaciones y servicios sanitarios que podrían percibir estas personas, aunque condicionando su efectividad a la no disponibilidad de unos recursos económicos mínimos.

En cuanto a esta condición, al margen de que no se identifica cómo y por qué órgano se determinaría el nivel económico mínimo que excluiría este derecho, debería dejarse claro que esta condición no regiría respecto a las situaciones de urgencia y asistencia al embarazo, parto y postparto, pues, como acabamos de ver, estas últimas asistencias han de reconocérseles, según el artículo 3. ter de la Ley 16/2003, a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, sin preverse en el mismo la posible exigencia de un requisito de capacidad económica.

Por otra parte, la remisión que en el último inciso del párrafo primero del artículo 3.2 de la Ley autonómica se haría a las condiciones de los colectivos del apartado 1 podría generar cierta confusión. Decimos esto porque cabría plantearse si con esta remisión simplemente se está garantizando la igualdad en las prestaciones y servicios de todos los colectivos en cuestión, o bien, su sentido es el de imponer finalmente a los extranjeros no registrados ni residentes las mismas limitaciones o requisitos que al resto de las personas indicadas al inicio del precepto. Esta interpretación última nos parece menos sostenible, pues se llegaría al absurdo de que estos extranjeros quedaran excluidos de otras prestaciones que no fueran las garantizadas en la normativa estatal, y ello por efecto de la remisión a esta última que se hace en el apartado 1. No obstante, parecería razonable establecer que el nivel económico que rigiera para todos los colectivos fuera el mismo en orden a determinar su exclusión de la asistencia sanitaria. Es decir, en el apartado 2 no se prevé específicamente vinculación alguna entre, por un lado, el nivel económico que podría imponerse como límite máximo para que los extranjeros en una situación administrativa irregular accedieran a la asistencia sanitaria completa, y, por otro, el que se aplicaría para los asegurados previstos en el artículo 3.3 de la Ley 16/2003. De ello podría derivar una contravención al principio de igualdad efectiva, pues ambos colectivos podrían disfrutar de la misma asistencia y, sin embargo, a unos se les podría imponer unas exigencias económicas menores que a otros, pudiendo encontrarse en las mismas circunstancias. Por tanto, podría ser que el propósito al redactarse el anteproyecto fuera el de asimilar esta exigencia económica. Como también cabría entender que se trata de asimilar las prestaciones sanitarias que podrían recibir unos y otros.

Se recomienda, por tanto, precisar el fin último de la remisión a las condiciones del apartado 1.

Sin perjuicio de estas observaciones, la cuestión fundamental consiste en determinar si esta ampliación proyectada para la norma autonómica sería conforme al bloque de constitucionalidad,

teniendo en cuenta que la legislación estatal actual prevé un régimen distinto para estas personas, como hemos visto.

Lo cierto es que en el Derecho autonómico comparado podemos encontrar precedentes de esta extensión subjetiva<sup>1</sup>, aunque algunos de ellos se encuentran pendientes de que se contrasten por el Tribunal Constitucional, habiéndose pronunciado éste en diversos Autos a favor del levantamiento de la suspensión de los distintos instrumentos impugnados, como así se indicó en el Informe AAPI00042/15, antes citado, emitido por la Asesoría Jurídica de la Consejería de Salud. Por tanto, en la evaluación de riesgos que debe ser propia de todo informe jurídico, hemos de hacer una invocación a la contingencia de todo criterio que actualmente pueda expresarse sobre la cuestión, a resultas de la pendencia de estos procesos constitucionales, en los cuales parece inevitable que el supremo intérprete de nuestra Constitución tenga que pronunciarse sobre la conformidad con la misma de tales ampliaciones autonómicas de la asistencia sanitaria a extranjeros adultos no residentes en términos similares a los proyectados ahora, y ello teniendo en cuenta que ésta es precisamente la cuestión de fondo señalada en aquellas resoluciones cautelares.

En este sentido, resulta de interés reproducir los términos en los que se pronunció en el Auto 239/2012, de 12 de diciembre:

*“Sin entrar en el fondo del conflicto planteado por el Gobierno del Estado, puesto que los argumentos en él planteados han de ser atendidos en la Sentencia que ponga fin a este proceso y no en el incidente que nos ocupa, cuyo objeto no es «vindicar o defender la titularidad de la competencia discutida» (entre otros ATC 18/2007, de 18 de enero, F. 5), sí puede afirmarse en el seno de este incidente cautelar que el ejercicio de la competencia autonómica no impide o bloquea el ejercicio de la competencia estatal, que actúa definiendo los titulares del derecho a la asistencia sanitaria gratuita y el régimen de la prestación farmacéutica. Esta definición no es desvirtuada por la normativa autonómica, que sencillamente amplía las previsiones básicas estatales, habrá que ver en la solución del conflicto de fondo si de forma respetuosa o no con el contenido de la legislación básica. Así pues, ahora nos encontramos en el ámbito de las situaciones normales vinculadas a la existencia de una controversia competencial, aplicándose, por tanto, la regla general en estos supuestos, esto es la relativa al hecho*

<sup>1</sup> “Este restrictivo régimen fue muy mal aceptado, tanto por razones técnico-sanitarias como ideológicas, tanto por la comunidad científica como por las Comunidades Autónomas y algunas de estas (País Vasco, Navarra, Andalucía, Asturias) adoptaron inmediatamente medidas de diverso rango —ley, reglamento, instrucción— para mantener en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma la ya alcanzada universalización de la asistencia sanitaria, que obviamente cubría también a los extranjeros residentes en su territorio en situación administrativa irregular. Más tarde, otras Comunidades Autónomas (Galicia, Canarias, Cataluña, Valencia, Cantabria, Aragón, Madrid) también han aprobado normas o instrumentos, o lo están haciendo, para recuperar en su territorio la universalidad de la asistencia sanitaria extendiendo el derecho a los extranjeros en situación administrativa irregular, hasta el punto de que puede afirmarse que actualmente la inmensa mayoría de las Comunidades Autónomas reconocen como titulares del derecho de acceso a la asistencia sanitaria pública gratuita a los extranjeros en situación administrativa irregular por carecer de autorización de residencia.” Juan Luis Beltrán Aguirre, «El requisito de “residencia” exigido a los extranjeros para el acceso a prestaciones y servicios públicos: su alcance a la luz de la doctrina del TC». Revista Aranzadi Doctrinal número 11/2015. Editorial Aranzadi, S.A.

*de que argumento relativo al bloqueo de la competencia estatal tiene que ver con el fondo del conflicto, y no cumple darle solución en este momento procesal."*

Entendemos que una interpretación adecuada de los términos en los que se expresa el Tribunal Constitucional no nos debe llevar a entender que está decantándose por la compatibilidad de la norma autonómica con la estatal<sup>2</sup>, primero, porque precisa que habrá que ver al final si la ampliación se ha hecho de forma respetuosa o no con la legislación estatal, y segundo porque es una valoración que introduce para descartar tener en cuenta como determinante en la solución del incidente cautelar una posible situación de negación o bloqueo de la norma estatal en caso de no suspensión de la autonómica.

Incluso, cabe más bien presumir lo contrario si nos atenemos a otro pronunciamiento del Tribunal Constitucional, en este caso sí definitivo o sobre el fondo, aunque en materia distinta, como lo constituyó su Sentencia 136/2012, de 19 de junio. En la misma, comienza haciendo referencia a su doctrina sobre el concepto de legislación básica, según el cual, *"tendrán tal condición las normas dirigidas a «garantizar en todo el Estado un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, los intereses generales a partir [de los cuales] pueda cada Comunidad Autónoma, en defensa de sus propios intereses, introducir las peculiaridades que estime convenientes y oportunas, dentro del marco competencial que en la materia le asigne su Estatuto» (STC 69/1988, de 19 de abril, F. 5, doctrina recogida en la citada STC 109/2003, de 5 de junio, F. 4)."*; Añade en el mismo sentido que, *"en materia de sanidad, «la Constitución no sólo atribuye al Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias... dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y a los Estatutos. Y se lo exige cuando en el art. 149.1.16 CE le atribuye las bases en materia de "sanidad", para asegurar – como se ha dicho – el establecimiento de un mínimo igualitario de vigencia y aplicación en todo el territorio nacional en orden al disfrute de las prestaciones sanitarias, que proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos» (mismo F. 7), doctrina que ha sido reiterada recientemente, en la supra citada STC 22/2012, de 16 de febrero, F. 3."*

Una vez hechas estas consideraciones generales, delimita específicamente el alcance de las competencias estatales para la determinación de las prestaciones sanitarias y de sus beneficiarios: *"en*

<sup>2</sup> Juan Luis Beltrán Aguirre sí deduce de los Autos del Tribunal un anticipo de que desestimarà las impugnaciones estatales en este punto: *"A la vista de estos razonamientos, de una claridad y contundencia notables en favor de la plena universalidad de la asistencia sanitaria pública y gratuita, es plausible pensar que el TC rechazará el recurso de inconstitucional y que, a pesar del ámbito subjetivo fijado por la legislación sanitaria básica vía Decreto-Ley con la intención de que fuera totalmente vinculante para las Comunidades Autónomas, reconocerá la capacidad del legislador autonómico para ampliar ese ámbito subjetivo del derecho a acceder a la asistencia sanitaria pública y gratuita extendiéndolo a los extranjeros en situación administrativa irregular."*, en artículo doctrinal citado en la nota número 1.

*aplicación de la doctrina supra recogida, cabe concluir que la decisión acerca de quiénes deban ser beneficiarios de las prestaciones sanitarias y cuáles sean dichas prestaciones, pertenece indudablemente al núcleo de lo básico, pues define los ámbitos subjetivo y objetivo de la propia materia. En efecto, la definición de quiénes pueden considerarse asegurados y en consecuencia tener acceso al Sistema Nacional de Salud, así como las concretas prestaciones sanitarias que deben ser garantizadas a todos ellos, por integrarse en la «cartera común», permite establecer un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, el acceso a la sanidad por parte de todos los ciudadanos incluidos en el ámbito subjetivo de la norma, con independencia de su lugar de residencia. Vinculado con ello, forma lógicamente también parte del ámbito de lo básico la concreta definición de las diferentes modalidades de prestaciones sanitarias comunes (básicas, suplementarias o de servicios accesorios)."*

Incluso, llega a descartar *"que la Comunidad Autónoma ostente la competencia para establecer quiénes tienen acceso al sistema público de salud, y descartado también que pueda definir las prestaciones básicas del sistema nacional de salud o las condiciones en las que éstas se prestan."*

Desde luego, una interpretación aislada de los rotundos términos del último inciso reproducido podría llevarnos a presumir el criterio contrario del Tribunal Constitucional a normas autonómicas que, como la ahora analizada, le reconocieran el derecho a determinadas prestaciones sanitarias a quienes no lo tuvieran declarado en la normativa estatal.

En esta línea cabe considerar que se situó el legislador estatal cuando aprobó el 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 vino así a delimitar la condición de asegurado y beneficiario del Sistema. En efecto, parece que le otorgó a dicha relación el carácter de *numerus clausus* si atendemos a su parte expositiva, en la que invoca razones económicas o presupuestarias, vinculadas con la eficiencia y sostenibilidad de dicho Sistema, para introducir los límites correspondientes en el ámbito subjetivo de la asistencia sanitaria.

En concreto, explica que *"a la vista de los informes emitidos por el Tribunal de Cuentas, resulta imprescindible regular, sin más demora, la condición de asegurado con el fin de evitar algunas situaciones de prestación de asistencia sanitaria que se están produciendo en la actualidad y que están debilitando de forma alarmante la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud."*, argumento en el que profundiza afirmando que *"El Tribunal de Cuentas ha puesto de manifiesto que el Sistema Nacional de Salud está asumiendo, con cargo a sus presupuestos, la asistencia sanitaria de personas que la tienen ya cubierta, bien por sus instituciones de seguridad social en origen, bien por esquemas de seguros privados, lo cual está erosionando enormemente su capacidad financiera e impidiendo que sus gestores puedan seguir realizando mejoras en los servicios. Se impone, pues, una clarificación armonizada de la condición de asegurado, a efectos de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios, de tal forma que ésta quede vinculada de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social que el esquema progresivo de los mismos tiene en*

*nuestro país." Concluye, por tanto, que "Será de esta manera como realmente se podrá garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita y universal."*

Del tenor de la justificación invocada para la aprobación de este Real Decreto-ley y de los estrictos términos en los que desarrolla a continuación la regulación dispuesta sobre los destinatarios de la asistencia sanitaria pública, puede atisbarse fácilmente que el propósito del Estado ha sido el de limitar a las Comunidades Autónomas en su potestad de determinación de los mismos, de modo que ha pretendido imponer un esquema vinculante para éstas en lo que se refiere a la identificación de los sujetos perceptores de dicha asistencia sanitaria y del contenido de ésta según el colectivo del que se trate, propósito con el que además habría sido coherente al impugnar aquellas disposiciones autonómicas que han ampliado el ámbito subjetivo y material de esta asistencia. Así también lo ha entendido el propio Consejo de Estado, que incluso ha defendido su lectura en este sentido, como así ha demostrado en sus Dictámenes sobre el proyecto de Real Decreto por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud (Dictamen 826/2012, de 27 de julio de 2012), sobre el conflicto positivo de competencia al Gobierno de la Comunidad Autónoma del País Vasco en relación con el Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Dictamen 796/2012, de 12 de julio de 2012), sobre el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley Foral 18/2012, de 19 de octubre, sobre la complementación de las prestaciones farmacéuticas en la Comunidad Foral de Navarra (Dictamen 1362/2012, de 20 de diciembre de 2012), o sobre el conflicto positivo de competencia al Gobierno de Navarra en relación con el Decreto Foral 117/2012, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto Foral 640/1996, de 18 de noviembre, por el que se establecen el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del régimen de universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral de Navarra (Dictamen 1392/2016, de 20 de diciembre de 2012).

De ellos cabe extraer el siguiente razonamiento hecho en el Dictamen 796/2012, como ilustrativo del criterio del superior órgano consultivo del Estado:

*«"La norma básica, en materia de sanidad en este caso, no tiene por función necesariamente fijar un mínimo de cobertura que debe ser respetado y que pueda ser excedido a través de la norma autonómica. Será así o no en función del tenor de la norma básica a la que hay que estar en cada caso. Es claro que el artículo 3 de la LSNS no tiene tal sentido, sino más bien el de cumplimentar la función de determinar el ámbito de personas con acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud de manera uniforme para todo el Estado en la línea de lo expresado por el Tribunal Constitucional en la sentencia antes citada. En consonancia con ello, el citado artículo 3 de la LSNS, en su apartado 5, establece como vía para instrumentar el acceso a las prestaciones de personas que no tengan la condición de asegurado ni de beneficiario "el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial".»*

Apoya además su interpretación en la Sentencia 136/2012 del Tribunal Constitucional, antes citada, y en las razones alegadas por el Estado para aprobar el Real Decreto-ley 16/2012.

No obstante, consideramos que debe imperar la prudencia al hacer este tipo de valoraciones, pues esta Sentencia no recayó sobre un asunto análogo al presente, debiendo esperarse por tanto a comprobar cómo el Tribunal Constitucional aplica en el mismo la doctrina general sobre la relación legislación básica estatal y legislación autonómica de desarrollo, según la cual, esta última puede introducir mejoras y complementar la primera, considerada ésta como un mínimo, sin que el legislador estatal pueda agotar la regulación de la materia, no dejando margen alguno para su desarrollo por la Comunidad Autónoma, exceso este último que cabría apreciar razonablemente si se le negara al legislador autonómico la competencia para determinar los sujetos destinatarios de la asistencia sanitaria pública en forma distinta a la establecida por el Estado.

Sobre todo si para ello se invocan únicamente razones presupuestarias o económicas que, ha de presumirse, serían ya tomadas en consideración por el poder autonómico para ampliar o no el ámbito subjetivo y prestacional de la asistencia sanitaria delimitado antes por el Estado. Y es que no parece admisible que éste pueda ampararse en exclusiva en razones económicas, vinculadas parece con los principios de estabilidad presupuestaria o sostenibilidad financiera, para establecer la uniformidad en el régimen respectivo, una vez que existen otros instrumentos para garantizar su cumplimiento, establecidos fundamentalmente en el artículo 135 de la Constitución y la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. No obstante lo cual, tampoco puede perderse de vista que el reconocimiento de competencia suficiente en las Comunidades Autónomas para determinar de forma distinta los sujetos titulares del derecho a la asistencia sanitaria pública y el contenido de esta última podría significar, en su caso, un riesgo para lograr la igualdad efectiva que proclama el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad como objetivo del sistema sanitario, en términos también de superación de desequilibrios territoriales y sociales, fin señalado en el apartado siguiente, y todo ello en el marco de la concepción integral del sistema sanitario que impone el artículo 4 de la norma estatal.

Sin duda, la procedencia o no de la actuación autonómica debatida se resolverá según dónde se sitúen los límites de la competencia estatal de legislación básica en materia de sanidad en relación con las diferencias inevitables que puedan derivar del ejercicio de sus competencias por las Comunidades Autónomas

Por lo demás, nos remitimos al Informe AAPI0042/15 en cuanto a los demás argumentos en los que pueda sustentarse la competencia autonómica para acordar la ampliación pretendida, destacando la referencia que en el mismo se hace a la posición del Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa, sobre la relación entre el Real Decreto-ley 6/2012 y la Carta Social Europea, y no sin terminar, por nuestra parte, con una llamada a la debida coordinación entre el Estado y las Comunidades Autónomas en una cuestión tan relevante para el Sistema Nacional de Salud como puede ser la ahora tratada, sirviendo a tales efectos la que pueda y debería tener lugar, entendemos, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**5.2.- Artículo 2.d):** Aunque se afirma que la *"Equidad es algo más que la igualdad"*, no se establecen criterios que permitan distinguir entre el significado de uno y otro concepto jurídico, sobre todo teniendo en cuenta que el alcance atribuido en este artículo a la equidad parece equivalente al predicado por el Tribunal Constitucional del principio de igualdad, por ejemplo en el Auto número 112/2015, de 23 junio, del Pleno: el principio de igualdad *"no implica en todos los casos un tratamiento legal igual con abstracción de cualquier elemento diferenciador de relevancia jurídica, de manera que no toda desigualdad de trato normativo respecto a la regulación de una determinada materia supone una infracción del mandato contenido en el art. 14 CE, sino tan sólo las que introduzcan una diferencia entre situaciones que puedan considerarse iguales, sin que se ofrezca y posea una justificación objetiva y razonable para ello, pues, como regla general, el principio de igualdad exige que a iguales supuestos de hecho se apliquen iguales consecuencias jurídicas y, en consecuencia, veda la utilización de elementos de diferenciación que quepa calificar de arbitrarios o carentes de una justificación razonable."*

En el Auto número 58/1983, de 16 febrero, el Tribunal Constitucional ya aludía a la posible equiparación en el entendimiento de ambos conceptos, según la originaria significación de la palabra "equidad".

La propia Exposición de Motivos de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se refiere a la equidad como objetivo que, *"en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, que garantice el acceso a las prestaciones y, de esta manera, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y posibilite la libre circulación de todos los ciudadanos."*

**5.3.- Artículo 2.f) y g):** No apreciamos cuáles serían las notas que distinguirían la sostenibilidad, proclamada con carácter general, de la sostenibilidad social.

**5.4.- Artículo 2.h):** Definiéndose el concepto de "universalidad" en términos de igualdad, téngase en cuenta al hacerlo cómo se resuelva definitivamente la cuestión relativa a la delimitación de los conceptos de equidad y de igualdad en el apartado d) de este mismo artículo, de modo que, podría ser que la universalidad quede comprendida dentro de alguno de estos últimos.

**5.5.- Artículo 7.1:** En este precepto se impide el establecimiento de sistemas de copago para las prestaciones de la cartera complementaria de servicios que puedan aprobarse. Debemos aclarar que, aunque no se emplee exactamente la misma terminología, ha de entenderse que viene referido a la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas, regulada con carácter básico en el artículo 8. quinquies de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Dicho esto, cabe entender que el objetivo del artículo 7.1 del anteproyecto no sería otro que el de, simplemente, garantizar la financiación pública autonómica del importe total de las prestaciones de dicha cartera, en los mismos términos en los que lo hace el artículo 8. quinquies.7 de la Ley 16/2003,

siendo posible el establecimiento de dichas prestaciones únicamente a favor de asegurados o beneficiarios. Y ello teniendo en cuenta, por un lado, que en el apartado 7 del precepto estatal citado se establece que *"Las comunidades autónomas asumirán , con cargo a sus propios presupuestos , todos los costes de aplicación de la cartera de servicios complementaria a las personas que tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo."*, mientras que, en el artículo 3.5 de la misma Ley estatal, se admite que *"Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario del mismo podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial."* En este sentido y teniendo en cuenta la regla general prevista en el artículo 8 del anteproyecto remitido, según la cual, se establece la garantía por el Sistema Sanitario Público de Andalucía de la asistencia sanitaria a los titulares de los derechos definidos en artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, debería aclararse cuál sería el ámbito subjetivo de esta cartera, cuyo copago precisamente estaría prohibido, partiendo, como decimos, de la previsión estatal únicamente de los beneficiarios o asegurados como destinatarios de dichos servicios.

Decimos esto porque en la redacción prevista para el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía en la Disposición final primera. Uno se le reconocerían derechos frente al Sistema Sanitario Público de Andalucía no solo a los asegurados y beneficiarios definidos como tales en la Ley estatal.

Por tanto, debe aclararse esta aparente falta de coincidencia entre los ámbitos subjetivos delimitados respectivamente por la normativa estatal y la autonómica proyectada.

**5.6.- Artículo 7.2:** Se prevé que la Comunidad Autónoma deba arbitrar las medidas necesarias para minimizar el impacto en la población de la previsión estatal de la aportación o reembolso necesarios por el usuario de prestaciones de la cartera común, para que con ellas ninguna persona resulte excluida de la prestación por razones económicas.

Al respecto, debemos advertir acerca del límite que la normativa básica estatal puede significar para una posible financiación autonómica de este tipo de prestaciones. Así, dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la Ley de ordenación y calidad del Sistema Nacional de Salud únicamente prevé la aportación del usuario en el ámbito de la cartera común suplementaria y en el de la cartera común de servicios accesorios, de modo que, respecto a ambas, los artículos 8.ter.4 y quater.2 establecen la aprobación por orden de la persona titular del Ministerio competente en materia de Salud de los *"importes máximos de financiación"*.

Por tanto, del tenor de ambos preceptos puede deducirse que se le reconoce al Estado la potestad de fijar un límite a la financiación pública de las prestaciones correspondientes.

**5.7.- Artículos 10 y Disposición transitoria:** Se advierte que mediante una norma como la presente no podrían imponerse límites o condiciones a las leyes anuales de presupuestos de la Comunidad Autónoma, dado que ambas participan del mismo rango.

**5.8.- Artículo 11:** Resulta incierta y confusa la relación que existiría entre el Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía, previsto en este artículo, y el Plan andaluz de salud, regulado en los artículos 30 y siguientes de la Ley de Salud de Andalucía.

Por tanto, ha de aclararse la misma, sobre todo teniendo en cuenta que el artículo 54 de la Ley General de Sanidad exige que cada Comunidad Autónoma elabore un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

Sin perjuicio de la consideración principal anterior, se pone de manifiesto también que del apartado 3 no resulta con claridad si serían posibles las modificaciones no sustanciales del Plan de Gestión y, en su caso, cuál sería el órgano competente para acordarlas, pues tan solo se hace referencia a las que fueran sustanciales y a que ello correspondería al Consejo de Gobierno a propuesta de la Consejería competente en materia de salud. Por tanto, se recomienda precisar este extremo.

**5.9.- Artículo 12:** El artículo 9.1.h) del Texto Refundido de la Ley General de la Hacienda Pública de la Junta de Andalucía, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2010, de 2 de marzo, describe el principio de no afectación de los ingresos como aquel según el cual *"los recursos de la Junta de Andalucía se destinarán a satisfacer el conjunto de sus respectivas obligaciones, salvo que por ley se establezca su afectación a fines determinados."* La afectación prevista en el anteproyecto respondería, por tanto, a la excepción contemplada en la normativa general de la Hacienda autonómica.

**5.10.- Artículo 13:** Comenzamos el análisis de este artículo advirtiendo con carácter general que la terminología empleada para referirse a los componentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía no coincide con la contenida en el artículo 45 de la Ley de Salud de Andalucía, el cual, como antes vimos, se refiere a centros, establecimientos y servicios, debiendo aplicarse esta consideración, por tanto, en el **resto del articulado**.

**5.11.- Artículo 13.1:** Entrando en el estudio individual de cada uno de sus apartados, debemos destacar el carácter relativo que debería darse a la declaración general contenida en el mismo acerca de que las adjudicaciones de obras y de compras de bienes y servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se realicen conforme a la Ley de Contratos del Sector Público. Y ello teniendo en cuenta la delimitación efectuada de este concepto de "Sistema Sanitario Público de Andalucía" en los artículos 43 y siguientes de la Ley de Salud de Andalucía, al que se remite el artículo 1 del anteproyecto para definir su objeto.

Así, según el artículo 43 de la norma sanitaria, *"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 la atención sanitaria."*, estableciéndose a continuación, en el artículo 45, cuáles serían los centros, establecimientos y servicios que lo componen, de modo que, a pesar de referirse inicialmente solo a los de naturaleza pública, termina

conteniendo una cláusula general en cuya virtud lo integrarían también todos aquellos "que se adscriban al mismo en virtud de un convenio singular de vinculación", lo que permitiría la integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía de los centros hospitalarios de los que fueran titulares entidades privadas, por así resultar del artículo 73.2 de la propia Ley de Salud de Andalucía, sobre los convenios singulares de vinculación, además de la legislación básica estatal, constituida por el artículo 67 de la Ley General de Sanidad.

Por tanto, el deber de sujeción a la normativa contractual pública dependerá del ámbito de aplicación delimitado en la misma y de la inclusión o no en dicho ámbito de la entidad correspondiente, cuestión que no puede predeterminarse, por tanto, por la legislación autonómica.

Sobre el contenido de este apartado número 1 del artículo 13 del anteproyecto, cabe también hacer referencia a la valoración positiva que se ordena de determinadas circunstancias en los procedimientos de contratación seguidos por los integrantes de aquel Sistema. Así, en los apartados g), h) e i) se impondría, respectivamente, dicha valoración para las empresas proveedoras que adoptaran medidas para fomentar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, que tuvieran personal con discapacidad por encima del mínimo exigido legalmente, o que estuvieran adheridas a programas públicos de fomento de la competitividad, modernización de los sectores productivos, de potenciación de actividades que aporten un mayor valor añadido o que se adhieran a sistemas voluntarios de arbitraje.

Dada la incidencia que estas previsiones tendrían en materia de contratación pública, debemos advertirle acerca de la proximidad del vencimiento del plazo general establecido para la transposición de la Directiva 2014/23/UE, del Parlamento y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, relativa a la adjudicación de contratos de concesión, y de la Directiva 2014/24/UE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, previsto así para el 18 de abril de 2016 (artículo 51.1 de la Directiva 2014/23 y artículo 90.1 de la Directiva 2014/24), plazo que parece lo más probable que se cumpla sin que se transpongan dichas Directivas al ordenamiento español.

De este modo, ha de tenerse en cuenta que la situación en la que quedará la regulación general en la materia en el Estado español tras el cumplimiento de este plazo tendría repercusión, evidentemente, sobre los apartados concretos del anteproyecto que acabamos de mencionar, siendo así que, ante la falta de modificación del actual Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público o de aprobación de una nueva normativa, sería predicable el efecto directo de las Directivas.

Por ello, se recomienda adoptar un criterio de prudencia en las referencias que se hagan en la Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía al régimen jurídico contractual, considerándose como solución idónea la omisión de toda regulación singular de aspectos concretos del mismo.

Sin perjuicio de esta observación principal, cabe poner de manifiesto también que algunas de las circunstancias o actuaciones cuya valoración positiva se prevé ya están establecidas de algún modo en el ordenamiento actual. Así ocurre con las medidas de promoción de la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito de la contratación pública impuestas en el artículo 12 de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, de promoción de la igualdad de género en Andalucía; o con la Disposición Adicional cuarta del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, aprobado por el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, sobre contratación con empresas que tengan en su plantilla personas con discapacidad.

Respecto a la valoración positiva de las empresas proveedoras que estuvieran adheridas a programas públicos de fomento de la competitividad, modernización de los sectores productivos o de potenciación de actividades que aporten un mayor valor añadido, debemos señalar primero que la redacción prevista no es clara, pues surge la duda acerca de si las tres materias indicadas irían referidas a los programas públicos en cuestión, a los que deberían estar adheridas las empresas referidas. En cualquier caso, ha de tenerse en cuenta que la valoración de dicha adhesión podría significar una actuación que limitaría el libre establecimiento y la libre circulación, conforme al artículo 18.2 de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado, según la autoridad cuyos programas se consideren.

En cuanto al arbitraje, no queda claro qué cuestiones serían aquellas cuyo sometimiento a este modo de resolución de conflictos se valoraría positivamente, dado que el artículo 50 del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público solo admite que puedan someterse a arbitraje los entes, organismos y entidades del sector público que no tengan el carácter de Administraciones Públicas.

**5.12.- Artículo 13.2:** Resulta indeterminada la naturaleza jurídica de las estructuras territoriales y central referidas en este apartado para la contratación de obras, servicios, suministros y prestaciones, como también es confuso el alcance atribuido a su régimen.

En este sentido, aunque se les niega expresamente naturaleza jurídica, parece preverse la existencia de un único órgano de contratación para cada estructura – sería determinado para cada una por la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud-, correspondiendo al mismo, entendemos, la contratación en el ámbito de todos los centros e instituciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Hemos de hacer especial mención de que la consecuencia de la regulación proyectada sería que habría un órgano de contratación único para entidades presumiblemente de una tipología muy variada, pues, como ese mismo precepto admite, en el Sistema se integrarían centros, establecimientos y servicios del Servicio Andaluz de Salud, de otras Administraciones, entidades públicas, empresas públicas e incluso de entidades privadas. Por tanto, no procedería imponerle a todas estas otras entidades y mediante la norma legal proyectada que la gestión de su actividad de contratación se residenciara en un órgano no integrado en su estructura organizativa.

Al margen de esta observación, nos parece indeterminado el sentido de la previsión en el apartado 3 de este artículo 13 de la posible distribución de contrataciones entre los centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por último, se recomienda la introducción de criterios que permitan excepcionar esta organización territorial de la contratación o bien, la previsión de su aplicación en determinadas circunstancias, dado la posible concurrencia de motivos que lleven a justificar que la contratación no se organice a nivel provincial como mínimo.

**5.13.- Artículo 14:** Se advierte que, pendientes diversos procesos constitucionales sobre la regulación andaluza actual de la convocatoria pública del medicamento o producto sanitario que deba ser dispensado en las oficinas de farmacia cuando la prescripción se haga por principio activo, así como respecto a su ejecución – como así se hace constar en los informes de valoración de las alegaciones efectuadas en los trámites de audiencia y de información pública -, se valore, en su caso, la incidencia que en el contenido proyectado para este precepto pudiera tener el criterio que se expresara por el Tribunal Constitucional al resolver tales procedimientos.

**5.14.- Artículos 14.4.h), artículo 15.3 y Disposición final primera.nueve, que añade los subapartados e y f) al artículo 25.1 de la Ley de Salud de Andalucía:** Nos surge la duda acerca de si el propósito es el de hacer referencia a las subvenciones, ayudas e incentivos concedidos por la industria farmacéutica a las instituciones que integran el Sistema Sanitario Público de Andalucía – como resulta del texto remitido – o al revés, es decir, a los concedidos por el Sistema a dicha industria, pues los conceptos empleados se refieren a instituciones más propias del sector público.

Cabe plantearse la misma duda que acabamos de exponer al dar lectura al artículo 15.3.

Téngase en cuenta la resolución que finalmente se adopte sobre esta cuestión al redactar la **Disposición final primera.nueve.**

**5.15.- Artículo 18:** Refiriéndose este precepto a la participación de los denominados “grupos de interés”, debemos ponerlo en relación con la definición de este concepto sentada en el artículo 2.e), del que puede deducirse que el grupo como tal no tendría personalidad jurídica necesariamente, sin perjuicio de que sí la tuvieran sus miembros.

Téngase en cuenta al respecto que el artículo 30.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de la Administración Pública y Procedimiento Administrativo Común reconoce capacidad de obrar ante la Administración, como regla general, a las personas que la ostenten con arreglo a las normas civiles. No obstante, la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas – entrará en vigor al año de su publicación en el B.O.E. de 2 de octubre de 2015 - , también declara la misma en el ámbito del procedimiento

administrativo respecto a los grupos de afectados, las uniones y entidades sin personalidad jurídica y los patrimonios independientes o autónomos, si bien, cuando la Ley así lo declare expresamente. Por otra parte, el artículo 133 de esta última, al regular la participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas con rango de Ley y reglamentos, parece reconocerle el derecho a ella solo a los sujetos, a las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la futura norma, a los ciudadanos y a las organizaciones o asociaciones reconocidas por ley que agrupen o representen a las personas cuyos derechos o intereses legítimos se vieren afectados por la norma y cuyos fines guarden relación directa con su objeto, según el estado del procedimiento.

Por tanto, se advierte que la legitimación reconocida en el anteproyecto a grupos sin personalidad jurídica podría ser contraria a la normativa general reguladora de la actuación administrativa a la que nos remitimos y que sería sucesivamente de aplicación.

**5.16.- Artículo 19.e):** Debería preverse la sujeción del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones al Plan de Gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**5.17.- Artículo 21:** Se recomienda especificar cuál sería el órgano competente para la aprobación de la Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como establecer una regulación mínima del procedimiento que debería seguirse para ello y de su contenido.

**5.18.-Artículo 22.7:** Consideramos que debería concretarse la referencia al Plan de Igualdad de oportunidades y al Sistema de Gestión de Igualdad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, de modo que se establezcan los aspectos mínimos definitorios de los mismos, tales como los criterios determinantes de sus respectivos contenidos, sus procedimientos de elaboración y aprobación, los órganos competentes para ello y vigencia, entre otros posibles, procurando, por razones de seguridad jurídica, la adecuada integración de la ordenación de estas planificación y gestión en la normativa general vigente en materia de igualdad de género en Andalucía, básicamente constituida por la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, de promoción de la igualdad de género en Andalucía.

**5.19.- Artículo 22.8:** Al margen de que este apartado no parece añadir nada nuevo al régimen de negociación colectiva que resulte de la normativa general y específica de aplicación en el ámbito sanitario, nos parece encontrar una discordancia entre el ámbito para el que se prevé inicialmente la negociación – Sistema Sanitario Público de Andalucía – y el que estaría comprendido en las sedes en las que se llama a efectuar dicha negociación – mesa sectorial de sanidad del Servicio Andaluz de Salud y órganos de representación del personal de las agencias públicas empresariales - , y ello teniendo en cuenta la amplia variedad de entidades a las que pueden pertenecer los centros, servicios y establecimientos sanitarios incluidos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como venimos advirtiendo a lo largo del informe.

En este punto debemos volver a reiterar que este Sistema estaría integrado, según la Ley de Salud de Andalucía, no por centros sanitarios y entidades, sino por centros, establecimientos y servicios sanitarios.

**5.20.- Artículo 24:** Se prevé la posible existencia de las denominadas "Unidades de Gestión de Salud Pública", configurándose como una modalidad de organización de las actuaciones de salud pública, promoción de la salud y de prevención y protección de la salud que se desarrollen en el ámbito de las instituciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía, no atribuyéndoseles personalidad jurídica.

Dado que dichas Unidades se constituirían para su funcionamiento en materia de salud pública, se recomienda evaluar la incidencia que la regulación proyectada de las mismas tendría en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, la cual, en sede de organización, atribuye a la Consejería competente en materia de salud *"la superior dirección y coordinación de las políticas de salud pública"* (artículo 44.1), concretándose a continuación algunas de sus funciones en este sentido, y destacándose en el artículo 45 el deber de los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud y demás entidades públicas adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía de coordinarse con la Consejería. Incluso, se llega a disponer en el artículo 44.2 que *"El Consejo de Gobierno establecerá, en el seno de la Consejería competente en materia de salud, un servicio administrativo con gestión diferenciada, de los previstos en el artículo 15 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, que aglutinará aquellos órganos o unidades responsables de la gestión y provisión de servicios de salud pública, en aras de ofrecer una respuesta coordinada y eficaz a las necesidades de la población en dicho ámbito."* También cabe hacer mención de las previsiones contenidas en los artículos 77 y siguientes de esta misma Ley en materia de intervenciones públicas.

Ello además de las atribuciones organizadoras que en la materia puedan derivar para el Consejo de Gobierno y para la Consejería de Salud de la Ley de Salud de Andalucía (artículos 61, 62 y 63).

Estas consideraciones generales se hacen al margen de advertir que resulta impreciso el ámbito de actuación de estas Unidades que así se prevé en este artículo 24 del anteproyecto, pues vuelve a hacerse referencia a instituciones sanitarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y no a centros, establecimientos y servicios sanitarios, además de adolecer del mismo defecto la identificación del órgano competente para su constitución, por no quedar claro si lo sería el órgano superior de dirección de cada centro, establecimiento o servicio, o el que tuviera esta condición en cada entidad titular de los mismos, o bien, se está haciendo referencia al órgano que ostentara la potestad superior de dirección en el conjunto del Sistema.

No contribuye, precisamente, a aclarar estos extremos el que la Dirección de cada Unidad se haga depender en el apartado 4 de este artículo 24 de la Dirección Gerencia de un Distrito de Atención Primaria o de un Área de Gestión sanitaria, pues los Distritos son organizaciones estructurales que se establecen dentro de la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, según el Decreto 197/2007, de 3 de julio, que los regula, y en desarrollo y ejecución de la Ley de Salud de Andalucía (artículo 55), siendo la Dirección

Gerencia un órgano directivo unipersonal de los mismos así previsto en aquel Decreto, mientras que las Áreas de Gestión Sanitaria simplemente se prevén en el artículo 2.2 de este mismo Decreto para su posible creación al amparo del artículo 57 de la Ley de Salud de Andalucía.

Por tanto, parece que las Unidades en cuestión se integrarían o adscribirían al Servicio Andaluz de Salud, quedando comprendidas en su ámbito de actuación, parece, otras entidades distintas, como antes advertíamos, al margen del carácter contingente de la Dirección Gerencia de los Distritos de Atención Primaria y de las Áreas de Gestión Sanitaria, pues su establecimiento corresponde al Consejo de Gobierno, según acabamos de indicar.

Por otra parte, se declara la consideración de cargo intermedio para la Dirección de las Unidades, calificación ésta que resulta imprecisa, debiendo por tanto concretarse cuáles serían los efectos para los que se aplicaría la misma y el sentido, por tanto, de dicha atribución.

**5.21.- Artículo 25.3:** Deben concretarse aspectos esenciales del Plan de atención a los y las pacientes con enfermedades crónicas y pluripatologías, previsto en este artículo, tales como el órgano competente, el procedimiento para su aprobación, contenido o su vigencia.

**5.22.- Artículo 26:** Parecidas consideraciones a las anteriores debemos hacer sobre la regulación prevista en este precepto de las denominadas "Unidades de Gestión Clínica", también configuradas como estructuras organizativas sin personalidad jurídica, pero para la prestación de asistencia sanitaria.

Así, no queda claro si se integrarían en el Servicio Andaluz de Salud o en cada una de las entidades que conforman el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tampoco se determina con precisión el órgano al que se está pretendiendo hacer referencia con la alusión al "*máximo órgano de dirección de las entidades que conforman el Sistema Sanitario Público de Andalucía*".

Del mismo modo, es exigible la indicación del órgano competente para designar al titular de la Dirección de dichas Unidades. Sobre este cargo, resulta imprecisa la consideración que se le atribuye de cargo intermedio, como también es confusa la delimitación de las personas que podrían acceder al mismo; en particular, no queda claro si sería condición necesaria para ello el ser personal de alguna de las entidades titulares de los establecimientos, centros o servicios sanitarios integrantes del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o tendría que serlo necesariamente de la Administración sanitaria autonómica, como tampoco si el ser profesional sanitario se impondría como requisito alternativo o acumulativo respecto al anterior.

Otras observaciones están relacionadas con la insuficiente identificación de las funciones que se desarrollarían a través de estas Unidades, como también con la confusión que se introduciría en la regulación de la ordenación sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía de aprobarse el

precepto ahora estudiado. En este sentido, no puede ignorarse que la Ley de Salud de Andalucía ya dedica su Título VII (artículos 43 y siguientes) a dicha ordenación sanitaria, tanto desde el punto de vista territorial como desde el funcional, además de las disposiciones que han venido a desarrollar y ejecutar este régimen legal, como también ha de garantizarse el cumplimiento de lo dispuesto con carácter básico en el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, sobre la exigencia de Áreas de Salud en las Comunidades Autónomas como estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos de los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma. Por tanto, debería procederse, en su caso, a la integración clara y precisa de estas Unidades en el régimen general referido.

**5.23.- Artículo 30:** Se recomienda determinar el órgano competente para la aprobación de la Estrategia de Gestión Ambiental y Energética en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, el procedimiento para su elaboración y aprobación, su contenido y su vigencia, entre otros posibles aspectos.

**5.24.- Artículo 34:** La remisión a la normativa estatal en el apartado 5 debería completarse con la cita, no solo de la Ley 14/2011, de 11 de junio, de Ciencia, Tecnología e Investigación, sino también con la de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, que en los artículos 88 y 89, por ejemplo, se refieren a los institutos y redes de investigación, así como a la cooperación entre los sectores público y privado, respectivamente.

Además de la normativa estatal, debería considerarse también la normativa autonómica vigente en materia de investigación sanitaria o de salud pública –artículos 78 y 79 de la Ley de Salud de Andalucía, artículos 46, 47, 53, artículos 94 a 100, de la Ley de Salud Pública de Andalucía - , para la garantizar la idónea y segura integración en el ordenamiento actual de la norma proyectada. Por ejemplo, esta advertencia valdría para atenerse al artículo 46 de la Ley de Salud Pública de Andalucía en orden a identificar de forma correcta al Centro de Investigación de Salud Pública de Andalucía.

Por otra parte, debería precisarse el sentido técnico jurídico del reconocimiento de fundaciones por la Consejería competente en materia de salud al que se refiere el apartado 3, en relación con el concepto de red de Fundaciones Gestoras de la Investigación del Sistema Sanitario Público de Andalucía indicado anteriormente en el mismo apartado. Al respecto, cabe preguntarse si de lo que se trata es de prever la conformación de dicha red con las Fundaciones consideradas como entidades instrumentales de la Junta de Andalucía y adscritas a la Consejería competente en materia de salud, siempre que entre sus fines se incluya la materia de investigación. En este sentido, podemos acudir al artículo 2.2 del Decreto 08/2015, de 14 de julio, de estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, en el que se adscriben a la Viceconsejería varias fundaciones. También debería motivarse la posición como coordinador de dicha red que correspondería a la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud.

**5.25.- Artículo 35:** Ha de preverse cómo se articularía la relación entre el Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud, previsto en este artículo, y el Plan de Gestión del Sistema

Sanitario Público de Andalucía, del artículo 11, teniendo en cuenta que las líneas estratégicas de investigación e innovación ya se prevé como contenido mínimo de este último y que ambos serían aprobados por el Consejo de Gobierno.

Por otro lado, habría que determinar el órgano al que correspondería aprobar los planes de acción anuales en ejecución del previsto en este artículo 35.

**5.26.- Artículo 37:** Destaca la previsión de un Plan Integral de Formación para todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Al respecto, como en otros apartados hemos hecho, ha de tomarse en consideración el régimen jurídico general vigente en la materia respectiva, en este caso la de formación profesional para el empleo, aplicable en el ámbito en el ámbito sanitario, y constituida actual y principalmente por la Ley 30/2015, que regula el Sistema de Formación Profesional para el empleo en el ámbito laboral, el Real Decreto 395/2007, de 9 de septiembre, por el que se regula el subsistema de formación profesional para el empleo, y por el Acuerdo de Formación para el Empleo de las Administraciones Públicas de 19 de julio de 2013, publicado mediante Resolución de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas de 9 de octubre de 2013.

Citamos el último Acuerdo dada la consideración de empleados públicos de la que participaría gran parte del personal destinatario de la formación en cuestión, pero, teniendo en cuenta que en el Sistema Sanitario Público de Andalucía están presentes también entidades privadas, habría que estar también a la normativa que regula la formación de trabajadores ocupados de tales entidades.

De la normativa citada, debemos destacar cómo el Acuerdo de 2013 dispone que la formación profesional de los empleados públicos se desarrolle a través de los planes de formación, estableciéndose en su artículo 6 la tipología de los mismos, que respondería así a la clasificación entre planes unitarios, planes agrupados y planes interadministrativos.

Por tanto, en determinadas circunstancias, sería posible un plan de formación que comprendiera en su ámbito a los empleados públicos de varias Administraciones, pero no parece que esté prevista la posibilidad de un mismo Plan para empleados públicos y personal de entidades privadas. Ello debería tenerse en cuenta, por tanto, al proclamar el carácter integral de los Planes de formación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, así previsto en el anteproyecto.

En cualquier caso, tampoco se señala el órgano competente para la aprobación de este Plan.

**5.27.- Disposición final primera.Dos, que modifica el artículo 6.1.f) de la Ley de Salud de Andalucía:** Sobre la confidencialidad, ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, sobre intercambio de información en salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud.

**5.28.- Disposición final primera. Cuatro, que modifica el artículo 6.1.n) de la Ley de Salud de Andalucía:** Se introduce la remisión a su desarrollo reglamentario sobre la designación de otros profesionales sanitarios. Nos surge la duda acerca del alcance de la regulación reglamentaria prevista, pues no queda claro si con ello se está disponiendo que se regule el procedimiento de designación de los mismos, o solamente la comunicación de sus nombres al paciente, o los profesionales sanitarios referidos serían los del equipo asistencial del que el médico sería el interlocutor.

**5.29.- Disposición final primera. Siete, que modifica el artículo 6.3 de la Ley de Salud de Andalucía:** Resulta redundante referirse a la Ley de Salud de Andalucía y a la legislación sanitaria vigente, pues la primera participa del carácter de esta última. Por tanto, se recomienda la remisión a aquella y al resto de la legislación sanitaria vigente.

**5.30.- Disposición final primera. Once, que introduce el artículo 60 bis en la Ley de Salud de Andalucía:** A través de este último se trataría de establecer la consideración legal como autoridades o agentes de la autoridad de los profesionales de las entidades públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los efectos del artículo 550 del Código Penal, que tipifica el delito de atentado contra la autoridad, sus agentes y los funcionarios públicos.

Sin embargo, los conceptos técnicos jurídicos, tanto de autoridad, como de funcionario público, empleados al definir este tipo penal se caracterizan por su desvinculación respecto al que pueda regir de los mismos en el Derecho Administrativo. De hecho, es el artículo 24 del propio Código Penal el que establece una interpretación auténtica de ambos conceptos a los efectos penales. Por eso el Tribunal Supremo – Sentencia de 12 de diciembre de 2005 - tiene establecido que *“el concepto de funcionario público es propio del orden penal y no vicario del derecho administrativo”*, autonomía conceptual predicable igualmente del de autoridad.

Es por ello por lo que los profesionales referidos en el anteproyecto serán considerados o no autoridad, agentes de la autoridad o funcionarios públicos en el ámbito de este delito según reúnan o no las notas previstas en la legislación penal, la cual, por otra parte, es competencia exclusiva del Estado, de acuerdo con el artículo 149.1.6ª de la Constitución, de modo que, debería evitarse la introducción en la Ley de Salud de Andalucía de la definición de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía como autoridades o agentes de la autoridad a efectos penales.

Pero el anteproyecto no se limita a calificar a los profesionales referidos como autoridades o agentes de la autoridad en el ámbito penal, sino que también atribuye el efecto de presunción de veracidad a los hechos constatados por los mismos. Al respecto, ha de tenerse en cuenta que el artículo 137 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de la Administración Pública y Procedimiento Administrativo Común constituye la legislación básica en materia de presunción de inocencia en los procedimientos sancionadores, limitando el beneficio de la presunción de veracidad únicamente a los hechos constatados por funcionarios a los que se reconoce la condición de autoridad y que se formalicen en documento público observando los requisitos legales pertinentes,

aunque sin perjuicio de las pruebas que en defensa de los respectivos derechos o intereses puedan señalar o aportar los propios administrados (apartado 3).

En el anteproyecto, en cambio, apreciamos como no parece respetarse esta regulación estatal y ello por varias razones. Primero, porque se predica la presunción de veracidad respecto a los hechos constatados por todos los profesionales de las entidades públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sin exigir expresamente para ello la condición de funcionarios públicos de los mismos. En este sentido, podemos citar a título ilustrativo el criterio expresado por el Consejo Consultivo de Castilla La Mancha en su Dictamen 30/2012, de 29 de febrero, sobre el anteproyecto de Ley de Autoridad del Profesorado:

*«Desde la perspectiva del derecho administrativo no hay obstáculo jurídico para el reconocimiento de la condición de autoridad pública del profesorado de centros públicos, toda vez se trata de funcionarios públicos y la posibilidad de reconocerles la condición de autoridad pública figura expresamente prevista en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, cuyo artículo 137 hace referencia a "los hechos constatados por funcionarios a los que se reconozca la condición de autoridad", incluido en el Capítulo II -de los "Principios del Procedimiento Sancionador"-, que aparece con todos los visos de su aplicabilidad a los procedimientos sancionadores de los que habla la norma educativa.*

*En relación con el profesorado de centros privados, se trata de profesionales que ni tienen la condición de funcionario público ni son personal de la Administración, por lo que no procede su reconocimiento como autoridad pública, sin perjuicio de que se reconozca su carácter de autoridad a efectos docentes y disciplinarios y en el marco del ámbito interno del centro, tal como se propone en el texto sometido a dictamen.»*

Ello al margen de que no se les reconoce expresamente la condición de autoridad pública, sino únicamente a los efectos penales, como antes hemos comentado.

Por otro lado, no se vincula la aplicación de esta presunción a la formalización en documento público.

También cabe llamar la atención sobre la falta de justificación, en cualquier caso, de la extensión de esta garantía a las actuaciones de todos los profesionales de las entidades públicas del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sin tener en cuenta el carácter o ámbito material de la profesión respectiva; es decir, bastaría con tratarse de personal al servicio de alguna de dichas entidades públicas, independientemente de su consideración de profesional sanitario o no.

Y por último, no se especifica que la presunción únicamente resulte de aplicación en el ámbito de un procedimiento sancionador, como por el contrario así resulta del artículo 137.3 de la Ley 30/1992. No obstante, al respecto adviértase que la nueva Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, viene a predicar esta presunción en su artículo 77.5 en el ámbito ya de todos los procedimientos administrativos y para

todos los documentos formalizados por los funcionarios a los que se les reconozca la condición de autoridad, no limitándose a su reconocimiento en los procedimientos sancionadores. Debería tenerse en cuenta por tanto esta novedad, según la previsión de su entrada en vigor transcurrido un año desde la publicación de la Ley el 2 de octubre de 2015.

**SEXTA.** Como mejoras de técnica normativa, podemos recomendar las siguientes:

**6.1.- Título:** Ha de indicarse el título completo de la Ley de Salud de Andalucía, como objeto de modificación de la proyectada, conforme a las reglas 7 y 53 de las Directrices de técnica normativa, aprobadas por el Consejo de Ministros mediante Acuerdo de 22 de julio de 2005.

**6.2.- Exposición de Motivos:** Debe procurarse que su contenido se limite al previsto para la parte expositiva de las disposiciones en la regla 12 de las Directrices de técnica normativa, de manera que cumpla *"la función de describir su contenido, indicando su objeto y finalidad, sus antecedentes y las competencias y habilitaciones en cuyo ejercicio se dicta."*, además de que, *"Si es preciso, resumirá sucintamente el contenido de la disposición, a fin de lograr una mejor comprensión del texto, pero no contendrá partes del texto del articulado."*

En este sentido, y cumpliendo también el mandato recogido en dicho apartado de las Directrices, *"Se evitarán las exhortaciones, las declaraciones didácticas o laudatorias u otras análogas"*, pareciéndonos que responden a estas características valoraciones tales como las realizadas en los dos últimos párrafos del expositivo II.

Del mismo modo, consideramos que, siendo excesivamente larga y retórica esta introducción de la Ley, podría simplificarse aludiendo de forma sucinta a los fines perseguidos con la misma y a los factores que determinan su contenido, relacionando de forma específica cada uno de los objetivos y antecedentes tomados en consideración por el promotor del proyecto con las novedades normativas que se introducirían en el ordenamiento con esta Ley, siendo así que estas deficiencias pueden apreciarse en particular en los expositivos IV, V y VI.

**6.3.- Articulado:** Con carácter general, observamos que la Ley tendría un notable contenido programático, articulándose esta función, no solo a través del establecimiento de principios o valores que inspiren la gestión del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sino también imponiendo el sentido de determinadas actuaciones de tal Sistema.

Al respecto, resulta de interés reproducir parte de las consideraciones hechas por el Consejo Consultivo de Andalucía en su Dictamen 826/2015, de 15 de diciembre, sobre el Anteproyecto de Ley de Servicios Sociales de Andalucía, acerca de la restricción de esta forma de legislar:

*"También se podría simplificar el Anteproyecto de Ley evitando redundancias o reiteraciones (algunos principios como el de proximidad, aparecen enunciados en múltiples ocasiones) y utilizando un estilo más directo. En este orden de ideas, deberían evitarse expresiones programáticas si no*

*cumplen al menos un papel orientador de futuros desarrollos reglamentarios, o reproducen lo que ya está contenido o resulta deducible de normas de rango superior, pues de otro modo la ley proyectada pierde en autoridad y estima social, y el legislador confunde su papel con el que ya desempeñó el poder estatuyente."*

Aplicando estas recomendaciones en el presente caso, puede comprobarse la reiteración en la que se incurre al promulgar algunos principios, como ocurre con el de equidad [artículos 2.d) y 16], el de eficiencia [artículos 2.c) y 19], con los valores que se recogen en el artículo 9 y, algunos de los cuales, se definen también en el artículo 2.

Por su parte, podrían considerarse expresiones programáticas innecesarias las contenidas en los artículos 4, 18, 19, 20, 21, 23, 30, o 31.

**6.4.- Planificación:** Dado que la Ley prevé numerosos instrumentos de planificación, respecto a algunos de los cuales, como hemos advertido, debería aclararse su relación con otros planes ya regulados en la normativa sanitaria vigente, recomendamos que se indique la relación definitiva de los planes que se establezcan, a los efectos de su sistematización.

Es cuanto me cumple someter a la consideración de V.I., sin perjuicio de que se cumplimente la debida tramitación procedimental y presupuestaria.

En Sevilla, a 6 de abril de 2016.  
El Letrado de la Junta de Andalucía



Fdo.: Antonio Lamela Cabrera

**INFORME QUE EMITE LA VICECONSEJERÍA DE SALUD, EN CALIDAD DE CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE DE LA TRAMITACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍA Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA, EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES DEL INFORME SSP100010/16-D DEL GABINETE JURÍDICO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO.**

Analizado el informe preceptivo emitido por el Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía, sobre el "Anteproyecto de Ley de Garantía y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía", a los efectos previstos en el artículo 78.2.a) del Reglamento de Organización y Funciones del Gabinete Jurídico de la Junta de Andalucía y del Cuerpo de Letrados de la Junta de Andalucía, aprobado por Decreto 450/2000, de 26 de diciembre, por este Centro Directivo se informa que el anteproyecto ha sido adaptado a las Observaciones de citado informe en todos sus puntos, con las consideraciones particulares que se especifican a continuación:

1. Respecto a la **consideración Jurídica tercera del informe** cabe destacar que el trámite de audiencia de este anteproyecto de Ley ha sido inusualmente amplio tanto en el tiempo que se ha concedido para ello (dos meses y medio) como en su amplitud subjetiva. Consta en el expediente la documentación relativa al trámite de audiencia administrativo realizado, que se ha hecho tomando como referencia la última Ley general en materia de salud tramitada por esta Consejería, que es la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Al tratarse esta norma, también, de una norma de carácter horizontal, que permeabiliza a todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y que esta llamada a complementar a las leyes que regulan globalmente el mismo, se ha considerado necesario darle un ámbito amplio y no menor de otras normas de carácter general en materia de salud.

Junto al trámite de Audiencia se ha expuesto a información pública, con publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (Resolución de 4 de Julio de 2015 de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, BOJA 148 de 31 de Julio) y se ha colocado en la WEB de la Consejería y en la WEB de transparencia de la Junta de Andalucía para que cualquier persona física o jurídica interesada, pudiera formular observaciones al mismo. En paralelo se ha desarrollado un amplísimo proceso de participación que ha consistido en la realización de 9 Seminarios (denominados Foros de Diálogo y participación) que se han desarrollado en las ocho provincias de Andalucía más uno de carácter autonómico con la totalidad de las sociedades científicas profesionales (49 sociedades). En una jornada completa de trabajo cada Foro y que han movilizado a asociaciones del ámbito ciudadano, a asociaciones de pacientes y de ayuda mutua de Salud y a profesionales que prestan sus servicios en el SSPA.

Junto a esto se ha solicitado información a la totalidad de Consejerías de la Junta de Andalucía que han respondido cada una con sus aportaciones que han considerado en cada caso.

En total según se puede comprobar en el expediente, hemos recibido 42 informes de alegaciones producto de trámite de audiencia, de las organizaciones y asociaciones que se relacionan en el

expediente, 27 informes o aportaciones via WEB de personas físicas o jurídicas interesadas en participar y además, las aportaciones sintetizadas en 9 informes completos de un total de 63 grupos de trabajo en el que han participado 861 personas, de los cuales 527 son profesionales del SSPA, con una distribución de género del 52% mujeres y 49% hombres.

En este sentido estimamos que la participación social y profesional en esta ley ha sido lo suficientemente amplia y completa para asegurar, con todas las garantías que toda aquella persona interesada y todas las que se puedan considerar afectadas han tenido un espacio adecuado para formular sus observaciones y sus aportaciones.

Respecto al Informe de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, cabe confirmar que fue solicitado por este Centro Directivo con fecha 19 de febrero de 2016 y se realizó según la nueva Resolución de 27 de enero de 2016, de la Agencia de Defensa de la Competencia de Andalucía, Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, por la que se aprueban los criterios para determinar los supuestos en los que un proyecto normativo puede incidir en la competencia, unidad de mercado, actividades económicas y principios de buena regulación. Se formuló la Memoria prevista en el Anexo II de la citada Resolución. Con fecha 15 de Abril se emitió contestación por la citada Agencia en el cual se concluye que "el anteproyecto de Ley no reviste incidencia sobre los aspectos que pueden motivar la emisión del informe preceptivo de normas, esto es, la competencia efectiva en los mercados, en la unidad de mercado o en las actividades económicas".

**2. Respecto a la consideración QUINTA** del informe, en sus aspectos más pormenorizados, se apunta lo siguiente:

**Respecto a la 5.6. del Artículo 7.2.** es preciso puntualizar que el informe determina con buen criterio jurídico que la competencia de fijar los importes máximos de financiación en las carteras comunes complementarias y accesorias corresponde al gobierno central del Estado, y por tanto corresponde al Estado decidir qué paga y que no debe pagar el usuario, en relación a estos servicios en las CC.AA.

Corresponde por tanto aclarar que el artículo 7.2 del anteproyecto de Ley, cuando habla de "arbitrar medidas para minimizar el impacto en la población", no se refiere, a medidas que alteren la financiación de las prestaciones sanitarias, sino que se trata de medidas de carácter social y de carácter organizativo que eviten que determinadas personas, que tengan que efectuar reembolsos o tramitar reintegros de gastos, por carecer de los recursos necesarios para ello, abandonen los tratamientos prescritos por los facultativos y que son necesarios para su curación, mejora o recuperación.

**Respecto a la 5.8 del artículo 11,** en su tercer párrafo consideramos que está claro en la norma proyectada que el órgano competente para acordar modificaciones no sustanciales que no afecten a las previsiones de financiación del Plan de Gestión del SSPA es la Consejería competente en materia de salud.

**Respecto a al 5.15 del Artículo 18.** Esta cuestión esta muy relacionada con la propia definición de los grupos de interés que viene a concretarse en el artículo 2.e) del texto legal.

Compartimos con el Gabinete la necesidad de armonizar nuestra voluntad de organizar la participación social en salud con la Ley 39/2015 de 1 de octubre de Procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, que entrará en vigor en octubre de este año. No obstante es preciso señalar dos cuestiones: Una es que no nos estamos refiriendo en ningún momento al "procedimiento administrativo" que tiene, efectivamente su propia regulación. La segunda es relativa a que, una de las cuestiones que esperamos de los Grupos de Interés, es su participación en los procesos legislativos y normativos de carácter general (ver definición en el artículo 2), y en esta cuestión, es claro que la participación tiene que hacerse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 133 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre. No creemos por tanto que haya colisión alguna entre ambos enfoques.

**Respecto a la 5.20, del artículo 24**, en su último inciso, el informe señala la imprecisión que se deriva de la calificación del puesto de Director de la Unidad de gestión de salud pública como cargo intermedio.

Lejos de eso, consideramos necesario precisar que en las plantillas del SAS y de las Agencias instrumentales que gestionan los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos del SSPA el término "cargo intermedio" está cargado de significación organizativa, que afecta tanto a sus responsabilidades como a su carácter, a sus retribuciones y a sus procesos de selección y cese. En primer lugar el Director de UGSP sustituye, en el Distrito, al cargo de "coordinador del servicio de salud pública" que ya ostentaba el rango de cargo intermedio en la organización. Los mecanismos de selección vienen determinados por el Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud y en la Orden de la Consejería de Salud de 21 de diciembre de 2015.

**Respecto a la 5.22. del artículo 26**, sin menoscabo de su adaptación a las observaciones del informe de Gabinete Jurídico, conviene tratar de aclarar algunas cuestiones que son tratadas en el informe y que obedecen al esquema de organización de la sanidad andaluza.

Por ejemplo, se vuelve a insistir, al igual que en el punto anterior, en el carácter impreciso del rango de "cargo intermedio" que se asigna al puesto de Director de la UGC. La explicación es la misma que la anterior. Además, en la fase de transformación que está ahora la organización hospitalaria, aún coexisten con los cargos de jefes de servicio (que son cargos intermedios), aunque la tendencia es a la progresiva sustitución hasta hacerla completa una vez concluya esta fase de reforma) Respecto a los mecanismos de selección y remoción están perfectamente regulados en las normas antes citadas.

En lo que se refiere a la indefinición de funciones de las UGC, están llamadas a desarrollarse completamente en el desarrollo reglamentario de las mismas, al igual que ya se ha hecho parcialmente con las UGC de Atención Primaria de Salud en 2007 y con las de Salud Mental en 2008.

Respecto a las consideraciones del informe relativas a la "supuesta confusión" que se produce con esta figura organizativa de las UGC en el esquema de ordenación sanitaria de Andalucía, entendemos que requiere una explicación que ayude a clarificar los criterios:

Respecto a la ordenación sanitaria del Título VII de la Ley de salud y la Ley General de sanidad, no hay colisión alguna y además creemos que queda bien incardinado en la misma. Veamos cómo:

1. La sanidad Andaluza se estructura territorialmente en dos ámbitos territoriales para la planificación y desarrollo de los Servicios y las actuaciones sanitarias:

- a) Área de Salud (artículo 56 de la LEGSA y 47 y 48 de la Ley de Salud de Andalucía) que en nuestro caso son 8 y coinciden con las 8 provincias de Andalucía (artículo 12 y 13 del Decreto 259/2001, de 27 de Noviembre, por el que se determinan las competencias y estructura de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Salud, se delimitan las Áreas de Salud y se establecen las normas reguladoras de los Consejos de Salud de Área.)
- b) Zona Básica de Salud (Artículos 49 y 50 de la Ley de salud de Andalucía, desarrollada por Orden de 7 de Junio de 2002 de la Consejería de Salud) crean las ZBS y las agrupa en Distritos de Atención Primaria.

2. Se ordena funcionalmente en dos niveles: (artículos 51 a 57 de la Ley de Salud.

- a) Atención Primaria de Salud: desarrolla su actuación en el espacio territorial definido por las ZBS y los Distritos. Se presta a través de los Centros de Salud.
- b) Y Atención Hospitalaria: despliega su actuación en el ámbito territorial del Área de Salud. Fundamentalmente Hospitales.

Y se organiza atendiendo a criterios de gestión, de eficacia, de economía y de la mejor funcionalidad mediante tres estructuras de gestión fundamentales:

1. El Área de Gestión Sanitaria, que gestiona unitariamente servicios de atención primaria y atención hospitalaria en un territorio definido. (amparadas por el artículo 57 de la Ley de Salud de Andalucía y creadas por Orden de la Consejería.
2. El Hospital en cuanto estructura de gestión de servicios sanitarios hospitalarios. (Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre ordenación de asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de los hospitales de la asistencia especializada. Y Decreto 462/1996 de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y de órganos de dirección de los hospitales.)
3. El Distrito de Atención Primaria, en cuanto estructura para la gestión de los servicios de Atención Primaria de Salud (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) Existen 17 Distritos (al margen de los 14 integrados en Áreas de Gestión Sanitaria).

La asistencia sanitaria por debajo del nivel funcional de gestión del Área de Gestión, del Hospital y del Distrito se organiza mediante unidades de gestión clínica y de gestión de salud pública.

Estamos actualmente en fase de transición del modelo organizativo antiguo (servicios jerarquizados por estamentos separados) al modelo integrado de UGC y UGSP.

LAS UGC ya están reguladas y definidas normativamente para el ámbito de la Atención Primaria de Salud (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) y en el nivel de Atención Hospitalaria para los Servicios de Salud mental (Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud).

Falta, hoy por hoy, regular precisamente el ámbito Hospitalario en sí y dar respuesta a la organización de la Salud Pública en el territorio, para que pueda incardinarse con todos los recursos disponibles para atender de manera óptima su función. De esta manera, damos el salto definitivo en el modelo de trabajo profesional .

Posteriormente los aspectos de organización y funcionamiento de las Unidades corresponderán a desarrollos reglamentarios (ya existen dos) y habría que producir uno específico para Hospitales.

**Respecto a la 5.28 de la Disposición final primera punto cuatro**, desde nuestro punto de vista queda claro que, lo que se remite a reglamento es el derecho de los pacientes a la asignación directa de algún otro profesional sanitario, además de profesional médico.

**3.** Se tienen en cuenta, en lo posible, las observaciones que se formulan como **mejoras de técnica normativa** en la **consideración SEXTA del informe**.

Por último, y respecto a lo planteado en la **consideración 6.4 sobre Planificación**, creemos que las modificaciones introducidas en el texto dejan claras las jerarquías y los ámbitos de planificación regulados en la presente normas y en relación con el resto de la normativa de planificación en vigor.

El primero, y el de mayor jerarquía de planificación, es el Plan Andaluz de Salud definido en la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía (lo aprueba el Consejo de Gobierno). En el marco de éste, se introduce, en la norma proyectada, el Plan de Gestión del SSPA con el alcance que se define en este anteproyecto (también aprobado por el Consejo de Gobierno).

En el marco definido por este Plan se ubican:

- El Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las comunicaciones del SSPA
- La estrategia de calidad del SSPA
- La estrategia de bioética del SSPA
- Plan de Atención a pacientes con enfermedades crónicas y pluripatologías
- Estrategia de gestión ambiental y energéticas del SSPA
- Estrategia de Investigación e innovación en salud (que se despliega mediante programas anuales aprobados por el órgano directivo competente en I+i en Salud)
- Plan de Formación del SSPA

Estos planes y estrategias relacionados y contemplados en el presente anteproyecto, se encuentran todos ellos en la órbita de la elaboración y aprobación por la Consejería competente en materia de Salud, al igual que muchos otros que hoy están aprobados y en marcha en el entorno del SSPA (Plan integral de Diabetes, Plan de Oncología de Andalucía, Plan de Salud Mental...etc).



COORDINADORA GENERAL,

Fdo.: Mercedes Osuna Ceballos.

Ref.: OFPE. FC/JB/JID

R.S. 306/16

## **MEMORIA FUNCIONAL Y ECONÓMICA DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (ACTUALIZADA AL NUEVO TEXTO)**

### **I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.**

La Constitución de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de salud y establece la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

El artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, confiere a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Asimismo, corresponde a la Comunidad Autónoma de Andalucía la competencia compartida en materia de sanidad interior y, en particular, la ordenación, planificación, determinación, regulación y ejecución de los servicios y prestaciones sanitarias, sociosanitarias y de salud mental de carácter público en todos los niveles y para toda la población, la ordenación y la ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos.

La configuración legal del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas de la Comunidad Autónoma de Andalucía se concreta en dos leyes: la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Mediante el Anteproyecto de Ley que se informa, la Junta de Andalucía pretende fortalecer los instrumentos para asegurar a los ciudadanos, hombres y mujeres, las prestaciones y servicios del Sistema Sanitario Público, facilitando su adaptación a la aparición de nuevos avances tecnológicos y terapéuticos y fortaleciendo el carácter público de las políticas de salud, como garantía de los valores del propio sistema, así como las condiciones de equidad en el acceso para toda la población.

La presente Ley representa el instrumento para desarrollar un auténtico contrato social con la ciudadanía en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante el que todos los agentes participantes del Sistema de Salud participen de forma leal en la consolidación y fortalecimiento del propio sistema, teniendo en cuenta el elevado impacto que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente, tienen sobre la economía de la Comunidad Autónoma, traducido en generación de empleo y riqueza y, especialmente, sobre la salud de las personas y también sobre la propia economía de las familias andaluzas.

Para que el conocimiento y potencial de innovación generado desde el ámbito de las acciones en salud se traslade a la economía y al desarrollo de la Comunidad Autónoma, será necesario establecer un marco de regulación y funcionamiento que dote de estabilidad al conjunto del sistema sanitario, siendo conscientes del elevado peso que las políticas de salud adquieren en el marco presupuestario general de la Junta de Andalucía.

La actual situación de crisis económica ha repercutido en una menor disponibilidad de recursos financieros, lo que ha hecho que el sector público se haya tenido que endeudar en mayor medida. Finalmente, ha representado una menor disponibilidad de recursos para la atención sanitaria y las políticas de salud que, de mantenerse en el tiempo, supondrá poner en riesgo la supervivencia del sistema y, lo que es más importante, la confianza de la ciudadanía en el sistema sanitario público, lo que implicaría debilitar uno de sus pilares fundamentales.

En concreto, el abordaje de la Ley para garantizar los valores y la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se realiza profundizando en aspectos tales como el establecimiento de los valores en que se ha de basar dicha sostenibilidad, la forma de garantizar la financiación necesaria y suficiente del Sistema; el modelo de gobernanza; las medidas de gestión que hagan al Sistema más eficaz, de más calidad y más eficiente; así como las que garanticen los valores en que se asienta el Sistema; las de respeto al Medio Ambiente; y las que consoliden y faciliten una gestión adecuada del conocimiento.

Este nuevo Anteproyecto de Ley surge para dar respuesta tanto a las alegaciones e informes presentados al antiguo texto en el trámite de audiencia como al requerimiento de la Dirección General de Presupuestos de fecha 19 de octubre de 2015 a la Memoria Funcional y Económica presentada por esta Secretaría General Técnica el 5 de agosto de 2015. Así como a la evolución en el citado Anteproyecto que ha dado lugar tras las diversas reuniones entre la Consejería de Salud y la de Hacienda y Administración Pública.

## **II. CONTENIDO, EVALUACIÓN ECONÓMICO-PRESUPUESTARIA Y FINANCIACIÓN**

La Ley se compone de treinta y seis artículos, estructurados en un título preliminar y dos títulos, dos disposiciones adicionales, tres disposiciones transitorias, una derogatoria y tres finales.

En el **Título Preliminar** (artículos 1 a 3) se contiene el objeto y las definiciones de la Ley, así como la determinación de los principios que la inspiran.

En el **Título Primero** (artículos 4 a 8) están recogidas las garantías del SSPA, dando de esta manera respuesta a la primera parte de la rúbrica de esta Ley, que garantiza: la perdurabilidad del mismo, sus principios, los derechos de las personas, el acceso a su cartera de servicios y la universalidad de la asistencia que presta.

Las disposiciones recogidas en el presente título no tendrán incidencia económica alguna, dado que no se prevé modificación alguna de la cartera de servicios.

Si bien es cierto que el artículo 7 “Garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía”, previendo el no establecimiento de sistemas de copago para las prestaciones de la cartera complementaria de servicios que pueda aprobar nuestra Comunidad Autónoma e introduce la previsión de que, aún en el caso de que la normativa básica estatal prevea aportación y/o reembolso para alguna de las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, la Comunidad Autónoma andaluza arbitrará las medidas necesarias para minimizar el impacto en la ciudadanía y que en ningún caso persona alguna quede excluida de una prestación asistencial por razones económicas. La previsión de su repercusión sobre ejercicios futuros es nula, y por tanto, no se prevé incidencia alguna, salvo que la disposición estatal que, en su caso, desarrolle dichas medidas pudieran derivarse consecuencias económicas.

En el **Título Segundo** se regula la otra parte de la rúbrica de la Ley: la sostenibilidad del SSPA, dividiéndose en cinco capítulos.

El *Capítulo Primero (artículo 9)* enumera los valores que sustentan la sostenibilidad del SSPA.

El *Capítulo Segundo* esta dedicado a la sostenibilidad económica del SSPA, abordando cuestiones como la financiación del SSPA (artículo 10), la Estrategia del SSPA (artículo 11), la gestión de obras y compra de bienes y servicios (artículo 12), el uso racional del medicamento (artículo 13) y las tecnologías sanitarias (artículo 14).

La sostenibilidad económica a futuro del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) requiere, entre otras cuestiones, la articulación de mecanismos de financiación estables en el seno de la Junta de Andalucía que permitan situar el presupuesto sanitario andaluz en una senda de sostenibilidad y, por tanto, en una posición acorde con el crecimiento económico de la propia Comunidad Autónoma. Esto traería como consecuencia, implícitamente, que la financiación per cápita de la sanidad andaluza se situaría en una posición más acorde y equilibrada en el conjunto del Sistema Nacional de Salud español.

Se trataría de que el SSPA, conservando los principios y valores que lo inspiran y que están expresados en el anteproyecto de Ley de Garantía y Sostenibilidad del SSPA y manteniendo los parámetros de alta eficiencia que lo caracterizan, abandone la posición permanente de “colista” nacional y se sitúe al menos en el entorno del Percentil 25 (en cifras menores siempre al P50) de la financiación sanitaria per cápita del conjunto de las diecisiete CC.AA. de nuestro país.

En el cuadro nº 1 (adjunto), con datos de presupuestos consolidados referidos al año 2014, se puede observar como el presupuesto sanitario andaluz ha resultado de 976,5 euros per cápita situándose el menor del conjunto de las 17 CC.AA.

Así en el artículo 10 se establece que en el presupuesto de la Comunidad Autónoma se dotará de la financiación necesaria y suficiente para que el SSPA lleve a cabo las actuaciones que esta Ley y el resto del ordenamiento jurídico le tienen encomendadas. Para el ejercicio 2016 las dotaciones presupuestarias con las que cuenta el SSPA son las que se establecen en el Presupuesto aprobado, la suficiencia del mismo estará determinada por el nivel de ejecución de las actividades que tiene encomendadas,

acompañado con las medidas de eficiencia del SSPA que se están llevando a cabo en el citado ejercicio. Y las actuaciones, políticas y medidas reguladas en este Anteproyecto se identifican en la estructura funcional del Presupuesto que a continuación se detalla:

2016			
Sección	Programa	Denominación	Créd. inicial
CONSEJERÍA	31P	SERVICIO DE APOYO A FAMILIAS	19.779.493,00
	41A	D.S.G. DE SALUD	50.921.614,00
	41C	ATENCION SANITARIA	497.828.617,00
	41D	SALUD PUBLICA Y PARTICIPACION	21.785.264,00
	41H	PLANIFICACION Y FINANCIACION	30.502.118,00
	41J	INSPECCION SERV. SANIT.	11.609.375,00
	41K	POLIT.DE CALIDAD Y MODERNIZA.	30.565.990,00
	44H	CONSUMO	15.214.624,00
<b>Total CONSEJERÍA</b>			<b>676.207.096,00</b>
SAS	31P	SERVICIO DE APOYO A FAMILIAS	21.206.660,00
	41A	D.S.G. DE SALUD	20.500.316,00
	41C	ATENCION SANITARIA	6.109.676.994,00
	41B	FORMACION SANITARIA	183.521.012,00
	41E	HEMOTERAPIA	48.495.983,00
	41F	TRASPLANTE DE ORGANOS	7.643.337,00
	41G	PRESTAC.COMPL. Y FARMACEUT.	1.738.105.906,00
<b>Total SAS</b>			<b>8.429.460.208,00</b>
Total general			8.807.367.303,00

Por otro lado se encuentra el establecimiento y regulación de la Estrategia del SSPA (artículo 11), consistente en una estrategia a cuatro años que contendrá un análisis de la situación del sistema, las líneas directrices de dicho Sistema durante el período de su vigencia, los recursos humanos y materiales, las líneas estratégicas de formación, investigación e innovación, la financiación estimada, los resultados en salud esperados y los mecanismos de seguimiento y evaluación. Dicho plan será aprobado por el Consejo de Gobierno.

Es evidente por otra parte, que la Estrategia establece unos objetivos a alcanzar en materia de Salud y unas previsiones de gasto que deben ser coherentes entre si. Dado que en un horizonte de 4 años es comprensible que pueda haber diferentes situaciones de coyuntura que afecten a los ingresos y por tanto a los gastos de la Comunidad Autónoma, para conciliar ambas cosas, se ha incluido en el texto un punto en el citado artículo con la siguiente redacción:

*“3. La duración de la Estrategia será de cuatro años. Por la Conserjería competente en materia de salud se efectuarán evaluaciones intermedias y se ajustarán sus previsiones en función de las mismas.”*

Asimismo, en el *artículo 12 “Gestión de obras y compra de bienes y servicios”* se recogen de forma específica las peculiaridades del SSPA en lo que a la gestión de obras y compra de bienes y servicios se refiere. En concreto, se recoge la creación de un modelo de compras que de respuesta a dichas peculiaridades y que comprenda todas las fases del proceso logístico. La puesta en marcha de este modelo de compras permitirá la optimización de recursos y una mejora de la eficiencia económica. Tomando como base la creación de estructuras de compras a nivel provincial o inferior, es previsible un ahorro económico superior al que se viene consiguiendo, si bien no se podrá concretar su cuantificación hasta que se consolide la implementación de las mismas. Con este mismo objetivo de mejorar la eficiencia del sistema se creará una estructura central de contratación y compras para el caso de aquellas obras, bienes, servicios y prestaciones sanitarias, que por su carácter estratégico o innovador determine la Consejería.

Por otro lado, *el artículo 13 relativo al uso racional del medicamento*, establece que, en relación con la prestación farmacéutica, se promoverá el desarrollo de programas orientados a racionalizar el empleo de los recursos farmacoterapéuticos en los centros y servicios sanitarios, con criterios de efectividad, seguridad y eficiencia.

Ya se vienen aplicando medidas a este respecto, habiéndose producido un ahorro para 2015, por este concepto, en torno a los 50 Millones de euros. No obstante lo anterior, con esta Ley, que realiza una mayor concreción de medidas en este ámbito, se reforzará aún más la política autonómica en esta área, con el previsible incremento de ahorros para ejercicios futuros.

Asimismo, cabe mencionar que el *artículo 14 “Tecnologías sanitarias”* introduce criterios a tener en cuenta en la incorporación de tecnologías sanitarias, tales como la superación de una valoración de carácter ético, clínico, social y económico, para ser adoptada. Este control en la toma de decisiones de inversiones permitirá una mayor racionalización de las inversiones.

En el *Capítulo Tercero* se regula la sostenibilidad social del Sistema Sanitario Público de Andalucía, donde se contempla la dimensión social del mismo a través de elementos clave como eficiencia, equidad, solidaridad, calidad de los servicios, responsabilidad social, globalidad o transparencia.

Asimismo, la Ley configura un sistema sanitario orientado a resultados en salud, con un modelo de gestión abierta y transparente, que otorga a la ciudadanía un importante papel en la gestión del sistema, por medio de su participación. En este sentido, el *artículo 17 “Diálogo con la sociedad”*, determina que se establecerán los instrumentos estables que garanticen el diálogo continuo y fluido con los grupos de interés. Actualmente, el SSPA ya cuenta con canales de participación a disposición de la ciudadanía, por lo que no supondrá gasto adicional alguno. Como ejemplo de dichos canales en el SSPA se integran:

- El Consejo Andaluz de Salud como órgano colegiado de participación ciudadana en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución.
- Los Consejos de Salud de Área son, en cada área de salud, los órganos colegiados de participación ciudadana cuya finalidad es hacer el seguimiento

en sus ámbitos de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud.

- Convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y el Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía.

A fin de garantizar la calidad de los servicios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 19, se establecerán sistemas de gestión de la calidad asistencial, con especial interés en la acreditación de centros y unidades clínicas. A este respecto, cabe mencionar que actualmente la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía ha desarrollado un Modelo de Certificación con la finalidad de fomentar la cultura de calidad y seguridad en el ámbito de la salud y el bienestar social, impulsar la mejora continua y promover actuaciones que permitan la generación de conocimiento sobre calidad. Dicho Modelo incluye centros, unidades clínicas, así como de sus profesionales y de las actividades de formación.

El artículo 21 dedicado a los profesionales del SSPA, aborda, entre otros temas, el desarrollo de planes específicos, la actualización de los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo, políticas y estrategias para favorecer la conciliación de la vida laboral y familiar...etc. En la medida en la que ya se han puesto en marcha medidas al respecto no se prevén gastos adicionales.

Del mismo modo, el artículo 22 que determina que el SSPA promoverá planes, programas y proyectos dirigidos a la promoción y protección de la salud y a la prevención de las enfermedades, tampoco implicará gasto adicional alguno, pues ya se recogen en la cartera de servicio de Atención Primaria actuaciones preventivas, diagnósticas terapéuticas y de cuidados relacionadas con enfermedades crónicas, entre otras, diabetes mellitas, demencias, cataratas, fibromialgia...etc.

Por otro lado, el artículo 23 “Gestión de la Salud Pública”, prevé la constitución de Unidades de Gestión de Salud Pública formado por profesionales de salud pública que prestan servicios en centros, servicios y establecimientos sanitarios del SSPA, por lo que dicha constitución no conllevará gasto adicional alguno. Al frente de dicha Unidad habrá una Dirección, con rango de cargo intermedio, que tampoco supondrá coste adicional, pues ya esta figura fue creada por el artículo 8 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, por lo que estos cargos intermedios ya existen en el SSPA y sólo cambia la denominación de los mismos.

El artículo 25 “Gestión clínica” establece un proceso de rediseño organizativo que incorpora a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Asimismo, organiza las unidades asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía en Unidades de Gestión Clínica (UGC), según su ámbito de actuación, por resolución de la persona titular de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud o de la persona titular de la Gerencia de la entidad pública instrumental gestora de los Centros, Servicios y establecimientos sanitarios que forman parte del SSPA. La Resolución establecerá la modalidad, el ámbito de la actuación asistencial de la UGC y el centro sanitario al que queda adscrita. Este rediseño organizativo, que ya se encuentra implantado en el SSPA, así como la integración de los

profesionales sanitarios en el mismo, permite la contención del gasto, incluso algún ahorro económico que contribuirá al sostenimiento del SSPA. Su cuantificación económica se realizará cuando se desarrolle reglamentariamente la organización y el funcionamiento de las mismas.

En relación con la función directiva en el SSPA a la que hace referencia el artículo 26, ya existen recursos destinados a la selección, formación, acreditación, incentivación, etc. en el SSPA, por lo que no supone gasto adicional alguno. Adicionalmente, como ese artículo del Anteproyecto de Ley se prevé desarrollo reglamentario, en su memoria funcional y económica se detallarán los medios del presupuesto que se destinan a la citada función.

En relación con la coordinación de servicios sociales y sanitarios a la que hace referencia el artículo 27, ya existen medios que la facilitan sin que se deriven costes adicionales al respecto.

El *Capítulo Cuarto* constituye una garantía para la gestión ambiental y energética del SSPA. En concreto, el artículo 29 “Estrategia de gestión ambiental y energética en el Sistema Sanitario Público de Andalucía” determina la coordinación entre las Consejerías competentes en materia de Salud, Medio Ambiente y Energía. Dicha estrategia será revisada, como máximo, cada cuatro años.

A este respecto ya se encuentra aprobada la Estrategia de Gestión Ambiental y Energética 2015-2020, que no sólo no supone coste adicional para esta Consejería, sino que se prevén importantes ahorros, respecto al gasto real del ejercicio 2012. Para el período 2015-2020 se estima el importe total de este ahorro en 23.357.127 euros, desglosados de la siguiente forma:

- Reducción del Consumo de Energía en 5.415.403 euros.
- Reducción del Consumo de Agua en 3.867.614 euros.
- Reducción en la Gestión de Residuos en 14.074.110 euros

El *Capítulo Quinto* recoge la sostenibilidad del Conocimiento, la Investigación y la Innovación en el SSPA, haciendo hincapié en la transferencia del conocimiento a la ciudadanía y a los grupos de interés que interactúan con el Sistema. Para que, a su vez el conocimiento recibido en estos agentes genere más conocimiento, que redunde en beneficio del propio SSPA y de la propia sociedad en su conjunto.

En concreto, el artículo 32 “Compromiso presupuestario en la generación del conocimiento, investigación e innovación en Salud” establece en su primer punto que la Comunidad Autónoma de Andalucía, a través de la Consejería competente en materia de Salud, invertirá en la investigación multidisciplinar en Biomedicina y Ciencias de la Salud y en innovación, conforme a lo que se determine en la planificación general de la investigación en Andalucía. Por lo que para este compromiso presupuestario se va a tomar como referencia el PAIDI de Andalucía con sus propias previsiones económicas.

Junto a lo anterior, la Consejería competente en materia de salud elaborará y aprobará una Estrategia de Investigación e Innovación en Salud (artículo 34), dentro del marco definido por la Estrategia del SSPA y de acuerdo con las directrices del Plan Andaluz de Investigación e Innovación, que contendrá las líneas prioritarias en la

investigación sanitaria, entre las que se encuentran, como es lógico, la estimación del compromiso presupuestario anual de la Junta en esta materia.

Por último, sin perjuicio de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de formación para el empleo, se impulsará la formación continua y de excelencia de los profesionales del SSPA, como instrumento fundamental e indispensable para alcanzar la mejora continua de resultados en salud y los objetivos científicos en la investigación y la transferencia de sus resultados (artículo 36 Plan de Formación).

Se detalla a continuación el cuadro con las previsiones de créditos que se van a destinar a la formación por parte de las entidades que componen el SSPA. Dichos recursos se encuentran englobados en el Plan de Formación:

ENTIDAD	IMPORTE 2015	IMPORTE 2016	IMPORTE 2017	IMPORTE 2018
SAS	207.676.746	183.521.012	185.356.222	187.209.784
APES COSTA DEL SOL	442.989	442.989	442.989	442.989
EPES	236.000	236.000	236.000	236.000
APES H. PONIENTE	179.217	180.114	182.776	184.726
APES H. ALTO GUADALQUIVIR	200.000	200.000	200.000	200.000
APES BAJO GUADALQUIVIR	171.395	181.000	181.000	181.000
<b>TOTAL</b>	<b>208.906.347</b>	<b>184.761.115</b>	<b>186.598.987</b>	<b>188.454.499</b>

Las actuaciones relacionadas con el Plan de Formación no supondrán coste adicional, en la medida en la que se están llevando a cabo en la actualidad, y cuentan con dotación presupuestaria suficiente.

Por último, la Ley propuesta consta de:

- Dos disposiciones adicionales, la primera establece el plazo de seis meses para la elaboración de una Guía básica que recopile los derechos de las personas en relación con los servicios sanitarios en Andalucía, lo cual no supone coste adicional alguno al no reconocerse nuevos derechos sino simplemente la recopilación de los derechos existentes y la segunda que establece un plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la Ley para la elaboración de la Estrategia del SSPA con una previsión de ejecución de cuatro años.

- Tres disposiciones transitorias, la primera dedicada a las estructuras de contratación de obras y compras de bienes y servicios, la segunda a las funciones de las Unidades de Gestión de Salud Pública y la tercera a la constitución de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud.

- Una derogatoria por la que quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan o se opongan a lo dispuesto en la norma que se informa.

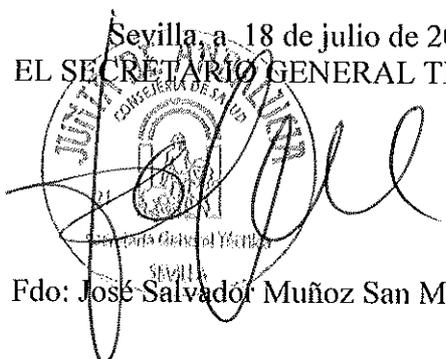
- Tres Disposiciones finales, la primera modifica el artículo 3 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, en el cual en su punto 2 se da cobertura legal a la asistencia sanitaria a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, que carezcan de recursos económicos y que, en el marco de la legislación básica del Estado en materia sanitaria carecieran del derecho a la cobertura sanitaria del Sistema Nacional de Salud por cualquiera de las vías legalmente establecidas al efecto,

serán atendidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, por razones de salud pública y de la organización del propio sistema sanitario, lo cual no supone coste adicional alguno al no haberse dejado de dar cobertura sanitaria a estas personas; en la segunda se establece la habilitación para el desarrollo normativo y la tercera referida a la entrada en vigor de la norma a los veinte días de su publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

### III. CONCLUSIÓN

En conclusión, el objeto del presente Anteproyecto de Ley es el de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, además de intentar aumentar la eficiencia y eficacia en la utilización de los recursos sanitarios.

Sevilla, a 18 de julio de 2016.  
EL SECRETARIO GENERAL TÉCNICO



Fdo: José Salvador Muñoz San Martín

	ANDALUCIA	PAIS VASCO	NAVARRA	MADRID	BALEARES	EXTREMADURA	CATALUÑA	GALICIA	CASTILLA Y LEON
PIB 2014 (1)	141.704	64.295	17.887	197.699	26.845	17.227	199.786	54.658	53.989
POBLACION 2014	8.402.305	2.188.985	640.790	6.454.440	1.103.442	1.009.632	7.518.903	2.748.295	2.494.790
PIB/CAPITA	16.865	29.372	27.914	30.630	24.328	17.063	26.571	19.888	21.641
P. TOTAL C.A. 2014 (1)	25.616,600	10.231,538	3.837,042	20.702,500	3.875,070	4.423,379	29.041,136	10.227,247	8.905,197
P.TOTAL/PER CAPITA	3.048,8	4.674,1	5.988,0	3.207,5	3.511,8	4.381,2	3.862,4	3.721,3	3.569,5
P.SAN 2014 (2)	8.204,893	3.437,225	893,089	6.980,824	1.195,017	1.324,428	8.290,594	3.302,150	3.200,341
PS/PER CAPITA (3)	976,5	1.570	1.393,7	1.082	1.083	1.312	1.103	1.202	1.283
%P.SAN/P.TOTAL	32,0	33,6	23,3	33,7	30,8	29,9	28,5	32,3	35,9
% PS s/PIB	5,79	5,35	4,99	3,53	4,45	7,69	4,15	6,04	5,93
PS si 6,5% PIB (4)	9.210,760	4.179,175	1.162,655	12.850,435	1.744,925	1.119,755	12.986,090	3.552,770	3.509,285
Diferencial (5)	1.005,867	741,950	269,566	5.869,611	549,908	- 204,673	4.695,496	250,620	308,944
% crecimiento (6)	12,26	21,59	30,18	84,08	46,02	- 15,45	56,64	7,59	9,65

(1) En millones de €

(2) Presupuesto Sanitario unicial de la C.A. en millones de euros Fuente Estadísticas Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ptos consolidados CC.AA)

(3) Presupuesto sanitario percápita (euros)

(4) Presupuesto Samitario si se aplicara el criterio del 6,5 del PIB regional (millones de €)

(5) Diferencial entre (4) y (2) en millones de €

(6) Incremento necesario sobre PS 2014 para alcanzar (4)

(7) excluidos Ceuta y Melilla, tanto en población como el Presupuesto de INGESA y el Presupuesto Sanitario del Ministerio

En amarillo cifras negativas

	CASTILLA LA MANCHA	VALENCIA	ASTURIAS	LA RIOJA	MURCIA	CANARIAS	CANTABRIA	ARAGÓN	TOTAL CC.AA. (7)
PIB 2014 (1)	37.844	99.345	21.441	7.851	27.122	41.523	12.229	33.162	1.054.607
POBLACION 2014	2.078.611	5.004.844	1.061.756	319.002	1.466.818	2.104.815	588.656	1.325.385	46.511.469
PIB/CAPITA	18.206,39	19.849,77	20.193,91	24.611,13	18.490,36	19.727,62	20.774,44	25.020,65	22.674,13
P. TOTAL C.A. 2014	7.299,662	16.254,279	3.689,497	1.285,843	4.545,766	6.904,043	2.447,626	4.932,409	164.219
P.TOTAL/PER CAPITA	3.511,8	3.247,7	3.474,9	4.030,8	3.099,1	3.280,1	4.158,0	3.721,5	3.531
PS 2014 (2)	2.390,245	5.374,512	1.485,056	351,029	1.623,243	2.607,637	786,713	1.605,304	53.052,300
PS/PER CAPITA (3)	1.149,9	1.073,9	1.398,7	1.100,4	1.106,6	1.238,9	1.336,5	1.211,2	1.141
%P.SAN/P.TOTAL	32,7	33,1	40,3	27,3	35,7	37,8	32,1	32,5	32,3
% PS s/PIB	6,32	5,41	6,93	4,47	5,98	6,28	6,43	4,84	5,03
PS si 6,5% PIB (4)	2.459,860	6.457,425	1.393,665	510,315	1.762,930	2.698,995	794,885	2.155,530	68.549,455
Diferencial (5)	69,615	1.082,913	- 91,391	159,286	139,687	91,358	8,172	550,226	15.497,155
% crecimiento (6)	2,91	20,15	- 6,15	45,38	8,61	3,50	1,04	34,28	29,21

CONSEJERÍA DE SALUD  
Secretaría General Técnica  
Avda. de Hytasa, 14  
Edificio Junta de Andalucía  
41071 SEVILLA

Sevilla, 22 de julio de 2016  
Su referencia: S° I.E.F. FC/IA R.S. 221/16  
Nuestra referencia: 5121/2015  
Asunto: Informe Anteproyecto Ley Garantías y  
Sostenibilidad del SSPA

De conformidad con lo establecido en el Decreto 162/2006, de 12 de septiembre, por el que se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera, esa Consejería de Salud solicita a esta Dirección General de Presupuestos, la emisión del Informe económico-financiero relativo a la propuesta de *Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía*.

### **Tramitación de la documentación:**

La solicitud se realiza mediante escrito con número de registro de entrada 2033/29390, de fecha 5 de agosto de 2015, al que se adjunta copia del Anteproyecto de Ley, la memoria funcional y económica, regulada en el artículo 2.2 del referido Decreto 162/2006, así como certificado del Secretario General Técnico de la Consejería de Salud de que el Anteproyecto de Ley tiene una incidencia económico-financiera igual a cero (en sustitución de los Anexos I a IV del Decreto 22/1985).

Analizada la documentación remitida, mediante oficio de fecha 19 de octubre de 2015, este centro directivo requiere que se aporte nueva memoria en la que conste una valoración económica de las actuaciones, políticas y medidas reguladas en el Anteproyecto que pudieran tener incidencia en el Presupuesto de la Junta de Andalucía.

En respuesta a este requerimiento, con fecha 26 de febrero de 2016 se recibe oficio con un nuevo borrador del Anteproyecto de Ley, acompañado de nueva memoria funcional y económica. Desde entonces se han ido recibiendo sucesivas versiones, tanto del borrador del Anteproyecto como de la memoria, en adaptación a las observaciones que se han ido formulando desde este centro directivo, fundamentalmente en aras de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en el marco de estabilidad presupuestaria y equilibrio económico financiero establecido en la Ley de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera. La última versión, que corresponde al día 19 de julio, es la que se informa.

## **Antecedentes:**

El derecho a la protección de la salud está reconocido en España en la norma fundamental de nuestro ordenamiento jurídico: la Constitución de 1978, que en su artículo 43 establece además la atribución de competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, el artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, confiere a la comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Asimismo, también corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de sanidad interior, la ordenación y ejecución de las medidas destinadas a preservar, proteger y promover la salud pública en todos los ámbitos, la sanidad ambiental, el régimen estatutario y la formación del personal, así como la formación sanitaria especializada y la investigación científica.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la configuración legal del derecho a la protección de la salud se concreta en dos leyes: la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

Con el Anteproyecto de Ley que se informa, según se indica en la memoria, la Junta de Andalucía pretende fortalecer los instrumentos para asegurar a los ciudadanos, hombres y mujeres en Andalucía, las prestaciones y servicios del mismo, facilitando su adaptación a la aparición de nuevos avances tecnológicos y terapéuticos y fortaleciendo el carácter público de las políticas de salud, como garantía de los valores del propio sistema, así como las condiciones de equidad en el acceso para toda la población.

## **Objeto del Anteproyecto de Ley:**

Como se pone de manifiesto en la Exposición de Motivos, el abordaje de la Ley para garantizar *"...los valores y la sostenibilidad del SSPA, se realiza profundizando en aspectos tales como el establecimiento de los valores en que se ha de basar dicha sostenibilidad, la forma de financiar el Sistema; el modelo de gobernanza; las medidas de gestión que hagan al Sistema más eficaz, de más calidad y más eficiente; así como las que garanticen los valores en que se asienta el Sistema; las de respeto al Medio Ambiente; y las que consoliden y faciliten una gestión adecuada del conocimiento."*

En este sentido, en el artículo 1 del anteproyecto se regula el objeto de la ley, que se concreta en: garantizar la sostenibilidad del SSPA, asegurando los principios de universalidad, equidad,

solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, y con los contenidos mínimos, establecidos por la Leyes, que permitan la atención sanitaria a cualquier persona que la necesite, independientemente de sus circunstancias sociales o económicas.

Con esta Ley, se pretende desarrollar un auténtico contrato social, mediante el cual todos los agentes participantes del SSPA contribuyan a la consolidación y fortalecimiento del propio sistema, considerando los efectos que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente pueden generar sobre la economía andaluza y sobre la salud de las personas. Y todo ello, garantizando el mantenimiento y funcionamiento de los servicios que integran el SSPA y haciendo perdurables en el tiempo estos beneficios a la sociedad.

Junto a esta garantía de perdurabilidad, el Anteproyecto de Ley, dando respuesta a la primera parte de la rúbrica del mismo, garantiza el sostenimiento de sus principios y su aplicación por el conjunto de entidades que conforman el SSPA; los derechos de las personas en relación al SSPA y más concretamente la garantía del derecho de las personas al acceso a la cartera de servicios, así como la universalidad de la asistencia.

De otra parte, la sostenibilidad del SSPA se realiza teniendo en cuenta la perspectiva económica, social, ambiental y de conocimiento, se efectúa por tanto, desde una visión global de la sostenibilidad y se sustenta en valores tales como la equidad en todos los ámbitos de actuación del SSPA, la solidaridad para favorecer la cohesión social, la gestión pública, la gestión socialmente responsable, el diálogo, la participación del personal en la gestión de los recursos, la participación de la sociedad y los grupos de interés, la eficiencia social, la calidad, la responsabilidad profesional y social por el uso adecuado de los recursos sanitarios, entre otros.

Para ello, como especial novedad, destaca el establecimiento, en su artículo 11, de una *Estrategia del SSPA* que será elaborada por la Consejería competente en materia de salud y elevada al Consejo de Gobierno para su aprobación, y que abarcará un plazo de ejecución de cuatro años. Esta *Estrategia* contendrá las líneas directrices del SSPA durante su período de vigencia, los recursos humanos y materiales, la estrategia en materia de formación, así como en investigación y formación, la financiación, los resultados de salud esperados.

Junto a ello, el Anteproyecto también prevé la elaboración de una *Estrategia de investigación e innovación en salud*, así como la aprobación de dos planes:

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones del SSPA
- Plan de Formación

Y todo ello, teniendo en cuenta que el SSPA buscará en sus actuaciones el mayor grado de eficiencia, priorizando la obtención de resultados en salud con una asistencia sanitaria adecuada al menor coste, mejorando la calidad de las políticas y actuaciones, y estableciendo estrategias que mejoren el desarrollo profesional potenciando una mayor eficiencia del sistema,

estableciendo procesos de adquisición de bienes y servicios eficientes, y dando un carácter estratégico a las TICs en sus diferentes dimensiones.

### **Contenido, Evaluación Económico-Presupuestaria y Financiación.**

Estos aspectos se abordan conjuntamente en el apartado II de la Memoria Funcional y Económica que se aporta.

- **Contenido:** La Ley se compone de treinta y seis artículos, estructurados en un título preliminar y dos títulos, dos disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y tres finales. En el Título Preliminar se contiene el objeto y la determinación de los principios que inspiran la Ley. En el Título I están recogidas las garantías del SSPA, dando de esta manera respuesta a la primera parte de la rubrica de la Ley, que garantiza la perdurabilidad del mismo, el sostenimiento de sus principios, los derechos de las personas en relación con el acceso a la cartera de servicios y la universalidad de la asistencia que presta. En el Título II se regula la sostenibilidad del SSPA, dividiéndose en cinco capítulos:

- El Capítulo I se dedica a la garantía de la sostenibilidad del SSPA y los valores en que se soporta.
- El Capítulo II, se dedica a la sostenibilidad económica del SSPA, abordando cuestiones como la financiación, los ingresos generados, la compra de bienes y servicios, el uso racional del medicamento, las tecnologías sanitarias.
- El Capítulo III, regula la sostenibilidad social del SSPA, donde se contempla la dimensión social del mismo a través de elementos clave como eficiencia, equidad, solidaridad, calidad de los servicios, Bioética, responsabilidad social, globalidad o transparencia.
- El Capítulo IV, constituye una garantía para la gestión ambiental y energética del SSPA.
- El Capítulo V, recoge la sostenibilidad del conocimiento en el SSPA, haciendo hincapié en la transferencia del conocimiento a la sociedad y a los grupos de interés que interactúan con el SSPA, para que, a su vez en estos agentes el conocimiento recibido genere más conocimiento que redunde en beneficio de la propia sociedad, en su conjunto, y del propio SSPA

- **Evaluación Económico-Presupuestaria y Financiación:** En relación a las *garantías del SSPA*, recogidas en el Título Primero del Anteproyecto, se garantiza la perdurabilidad del SSPA, sus principios, los derechos de las personas, al acceso a su cartera de servicios y la universalidad del sistema.

Destaca la regulación de la garantía de acceso a la cartera de servicios de SSPA en el artículo 7, que establece en su apartado primero que *"Con carácter general, la Comunidad Autónoma de Andalucía, en el marco de sus competencias ..., no establecerá sistemas de copago para las prestaciones de la*

*cartera complementaria de servicios que, en su caso, se pueda aprobar", y añadiendo en un segundo apartado que aún en el caso de que la normativa básica estatal prevea la aportación y/o desembolso de los usuarios para alguna de las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del SNS, la Comunidad Autónoma arbitrará medidas para minimizar el impacto en la ciudadanía y en ningún caso quedará excluida una persona de una prestación asistencial por razones económicas. En este punto, la Consejería de Salud, como argumentan en su memoria, no prevé repercusión económica en ejercicios futuros, salvo que de la disposición estatal que desarrolle estas medidas pudieran derivarse consecuencias económicas.*

Por su parte, en cuanto a la *sostenibilidad económica del SSPA*, se afirma en la Memoria que *ello requiere, entre otras cuestiones, la articulación de mecanismos de financiación estables en el seno de la Junta de Andalucía que permitan situar el presupuesto sanitario andaluz en una senda de sostenibilidad.*

Se especifica, además, que las dotaciones presupuestarias con las que cuenta el SSPA para 2016 son las que se establecen en el Presupuesto aprobado, y que la suficiencia del mismo estará determinada por el nivel de ejecución de las actividades que tiene encomendadas por esta Ley, acompañado con las medidas de eficiencia del SSPA que se están llevando a cabo en este ejercicio.

Junto a ello hay que tener en cuenta la *Estrategia del SSPA*, regulada en el artículo 11, que será elevada al Consejo de Gobierno para su aprobación y contendrá los objetivos a alcanzar en materia de salud así como las previsiones de gasto en coherencia con los mismos, con un plazo de ejecución de cuatro años. Ante ello, hay que destacar que en el apartado tercero del referido artículo se especifica que *"Por la Consejería competente en materia de salud se efectuarán evaluaciones intermedias y se ajustarán sus previsiones en función de las mismas"*.

De otra parte, como se ha indicado anteriormente, la sostenibilidad del SSPA se aborda en el Anteproyecto de Ley desde otros tres puntos de vistas, de manera que junto a la sostenibilidad económica se consideran otras tres perspectivas: social, ambiental, y la sostenibilidad del conocimiento, la investigación y la innovación.

La sostenibilidad social, según se expone en la Memoria, se basa en elementos tales como eficiencia, calidad, solidaridad, calidad de los servicios, responsabilidad social, globalidad o transparencia y se está desarrollando a través de medidas que ya se han puesto en marcha y/o están recogidas en la cartera de servicios.

De otra parte, el compromiso del SSPA con la sostenibilidad ambiental, implica actuaciones en materia de eficiencia energética, que ya están recogidas en la *Estrategia de gestión Ambiental y Energética 2015-2020*, afirmándose en la memoria que *"no sólo no supone coste adicional para esta Consejería, sino que se prevén importantes ahorros"*.

Por último, la sostenibilidad del conocimiento, la investigación y la innovación en el SSPA implicará, entre otras cuestiones, la aprobación de una *Estrategia de Investigación e Innovación en Salud*, en el ámbito definido por la Estrategia del SSPA.

• **Conclusiones:**

Con relación a los aspectos económicos financieros y presupuestarios de la actuación que se informa, este centro directivo realiza las siguientes indicaciones:

- El desarrollo de las actuaciones definidas en el Anteproyecto de Ley para garantizar la sostenibilidad del SSPA deberá ejecutarse en un contexto de eficiencia que no sólo garantice la calidad de las prestaciones, sino que vaya acompañado de la adopción de tecnologías actualizadas, un mejor desarrollo profesional, la incorporación de mejoras en los sistemas de adquisición de bienes y servicios, y la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación que permitan un mayor grado de eficiencia del SSPA.
- En lo que respecta a la financiación, el coste de las actuaciones que derivan de este Anteproyecto deberá estar contemplado dentro de los créditos consignados en el Anteproyecto del estado de gastos de la Consejería de Salud que se apruebe cada año, que estará sometido al cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y de equilibrio económico financiero contenidos en la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera.

Finalmente, se recuerda que, en caso de que el texto de la propuesta de actuación fuera objeto de modificaciones o desarrollo posterior, que afectasen a su contenido económico-financiero, y por tanto, a la memoria económica analizada anteriormente, será necesario remitir una memoria económica complementaria que contemple el análisis económico-financiero de los cambios realizados.

Lo que se informa a los efectos oportunos.

DIRECCIÓN GENERAL DE PRESUPUESTOS  
(P. S. Orden de 29 de julio de 2015)  
LA SECRETARÍA GENERAL DE HACIENDA

Fdo.: María José Gualda Romero



Consejo Económico y Social

**DICTAMEN 5/2016 DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE  
ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y  
SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

*Aprobado por el Pleno en sesión celebrada el día 26 de septiembre  
de 2016*

**Índice**

- I. Antecedentes**
- II. Contenido**
- III. Observaciones generales**
- IV. Observaciones al articulado**
- V. Conclusiones**



## **I. Antecedentes**

La Ley 5/1997, de 26 de noviembre, del Consejo Económico y Social de Andalucía, establece en su artículo 4.1 la función de emitir, con carácter preceptivo, informes sobre los anteproyectos de leyes que a juicio del Consejo de Gobierno posean una especial trascendencia en la regulación de materias socioeconómicas y laborales.

En este sentido, el día 1 de junio de 2016 tuvo entrada en el Consejo Económico y Social de Andalucía escrito de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, solicitando la emisión de Dictamen sobre el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Del análisis de la documentación que conformaba el expediente administrativo enviado para ser informado, se comprobó que faltaba el Informe de la Dirección General de Presupuestos, preceptivo en base a lo legalmente establecido.

Por este motivo, el mismo día 1 de junio de 2016 desde este Consejo se comunicó a la Consejería remitente que en el expediente enviado no constaba uno de los documentos necesarios para considerarlo completo, indicándole, además, que una vez recibido el informe citado, se tendría por presentado el escrito de solicitud de dictamen y comenzaría a contar el plazo de elaboración previsto en la Ley 5/1997, de 26 de noviembre.

Con fecha 29 de julio de 2016 tuvo entrada en este Consejo la documentación necesaria que completaba dicho expediente, por lo que se remitió, ese mismo día, escrito a la Consejería de Salud comunicándole que, en base a la disposición adicional única del Reglamento de Organización y Funcionamiento del CES de Andalucía (BOJA 53, de 6 de mayo de 2000), incorporada mediante Resolución de 25 de octubre de 2001 (BOJA 138, de 29 de noviembre de 2001), los dictámenes solicitados durante el mes de agosto o los veinte días hábiles anteriores a dicho mes, se tendrán por recibidos el primer día hábil del mes de septiembre.

La solicitud de dictamen fue trasladada el día 2 de septiembre de 2016, por acuerdo de la Comisión Permanente del Consejo Económico y Social de Andalucía,



a la Comisión de Trabajo de Políticas Sociales, a fin de que llevase a cabo el correspondiente examen del texto normativo y adoptase el acuerdo previsto en el artículo 44 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del CES de Andalucía.



## **II. Contenido**

El anteproyecto de ley objeto de este dictamen tiene como marco competencial la Constitución Española, que en su artículo 43 reconoce como un derecho fundamental la protección de la salud, y en base al cual se dictaron la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que además de establecer quienes son titulares de este derecho, reconoce a las Comunidades Autónomas la posibilidad de dictar normas de desarrollo y complementarias a lo que en ella se establece, según las competencias que les atribuyan los respectivos Estatutos de Autonomía; y la Ley 16/2003, de 18 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que completa el marco legislativo anterior.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, reformado por Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, garantiza el derecho a la protección de la salud en su artículo 22, mediante un sistema sanitario público de carácter universal. Por su parte, el artículo 55 atribuye a Andalucía determinadas competencias exclusivas en la materia, mientras que otras, según lo que establece el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, son compartidas, de ordenación o de ejecución.

Para dar cumplimiento a estos mandados se aprobaron la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. En la primera, se establece la regulación general de las actuaciones para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, definiendo los derechos y obligaciones de la ciudadanía en cuanto a los servicios sanitarios en Andalucía, y concretamente, el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La segunda norma citada, regula entre otros aspectos, los derechos y obligaciones de la población andaluza en cuanto a la salud pública, las garantías, los fines y los principios que rigen la organización de la misma; las funciones y competencias en esta materia, sus prestaciones y servicios, y las líneas para organizar su gobernanza, asegurando la transversalidad de las actuaciones.

Por otra parte, España firmó en 2008 la Carta de Tallín, comprometiéndose a invertir en su sistema sanitario que respondiera mejor a las necesidades de la población en tiempos de crisis, llevando a cabo políticas sanitarias comprometidas con la solidaridad, la participación y la equidad, garantizando la atención a las personas más vulnerables.



La ley que se dictamina nace, como se declara en su exposición de motivos, por la necesidad de consolidar y afianzar los logros que el sistema sanitario público andaluz ha ido obteniendo a lo largo de los años: la libre elección de médico y centro sanitario, el establecimiento de un tiempo máximo de acceso a los servicios, la segunda opinión, la posibilidad de expresar la voluntad vital, etc.; logros “*de nueva generación*” establecidos de manera planificada, una vez que el sistema se ha constituido y consolidado como un sistema que responde a principios y valores como la universalidad, la equidad, la igualdad efectiva en el acceso, la igualdad social y el equilibrio territorial, además de la calidad, eficacia, planificación, descentralización y responsabilidad en la gestión, entre otros.

La ley pretende, como también se declara en su exposición de motivos, ser un instrumento para desarrollar un auténtico “*contrato social*” en su ámbito territorial, entendido éste como la participación leal de todos los agentes del sistema sanitario público andaluz en la consolidación y fortalecimiento del mismo, con el objetivo de que sea eficaz y eficiente para la salud de las personas, la economía de las familias y que su impacto en la economía andaluza se traduzca en generación de empleo y riqueza, dando un especial protagonismo a la participación ciudadana y al papel de las personas profesionales del sector de la salud.

Especial relevancia adquiere también la perspectiva de la transferencia de conocimiento entre la sociedad y el sistema sanitario público andaluz, habida cuenta del enorme caudal de conocimiento que se genera en este ámbito, y por otra parte, la necesidad de dotar de estabilidad al conjunto del sistema, dado el elevado peso que las políticas de salud tienen en el marco presupuestario general.

Precisamente, y para superar los efectos de la crisis, la Comisión Europea ha aprobado la Agenda Europa 2020, estrategia que propone priorizar tres aspectos del crecimiento que se refuerzan mutuamente: que sea inteligente, sostenible e integrador. Para Andalucía la participación en esta estrategia supone la continuación de las iniciativas y asignación de recursos llevados a cabo en los últimos años en materia de gestión del conocimiento, apostando por el desarrollo de la investigación biomédica y la innovación en el ámbito sanitario.

El anteproyecto ha tenido muy en cuenta que la sostenibilidad del sistema pasa por considerar los cambios sociodemográficos y de epidemiología que se han producido en los últimos años en Andalucía. Así, en la redacción de este texto, se



ha considerado que los servicios sanitarios futuros vendrán determinados por cuatro factores: envejecimiento de la población, cronicidad de las patologías, irrupción de nuevas tecnologías y personalización progresiva de la práctica médica, y desde el sistema sanitario público andaluz se es consciente de la necesidad de insistir en medidas que lo hagan sostenible a largo plazo, teniendo en cuenta esta nueva perspectiva, por lo que la ley prevé alguna de ellas, además de las que ya se están poniendo en práctica, como la gestión clínica, los procesos asistenciales integrados, el uso racional del medicamento o la cirugía ambulatoria, entre otros.

Finalmente, la ley pretende también asegurar la sostenibilidad del sistema, entendida ésta desde su visión más completa: sostenibilidad económica, social, ambiental y energética, y del conocimiento, por lo que profundiza en el establecimiento de unos valores en los que se asienta la sostenibilidad, en la forma de financiar el sistema, en el modelo de gobernanza, y en medidas que hagan del sistema sanitario público de Andalucía un sistema más eficaz, más eficiente y de más calidad.

El texto normativo consta de la Exposición de motivos y la parte dispositiva, que se divide en treinta y seis artículos repartidos en tres títulos, dos disposiciones adicionales, tres disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales. Su estructura es la siguiente:

### **TÍTULO PRELIMINAR. “DISPOSICIONES GENERALES”** (artículos 1 a 3)

Determina cual es el objeto de la norma, define una serie de conceptos utilizados a lo largo de la ley, y establece los principios inspiradores de la misma.

### **TÍTULO I. “GARANTÍAS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA”** (artículos 4 a 8)

Recoge la perdurabilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y las garantías para hacer efectiva esta premisa, dando así efectividad a la primera parte del título de la ley.

### **TÍTULO II. “SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA”** (artículos 9 a 36)



Este título se ocupa de la otra gran materia objeto de la ley, la sostenibilidad. Se divide en los siguientes capítulos:

### **Capítulo I. Valores en que se sustenta la sostenibilidad** (artículo 9)

Para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía en sus distintas facetas, se establecen en un único artículo los valores en los que ésta se sustenta.

### **Capítulo II. Sostenibilidad económica** (artículos 10 a 14)

En sus cinco artículos aborda distintos aspectos de la sostenibilidad económica, como la financiación, los ingresos, la compra de bienes y servicios o el uso racional del medicamento. Destaca que en el artículo 11 se mandata a la consejería competente en materia de salud a elaborar una Estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con un horizonte de cuatro años. Por otra parte, el artículo 13 recoge la creación de un modelo de compras del Sistema Sanitario Público de Andalucía que dé respuestas a las peculiaridades del Sistema y que comprenda todas las fases del proceso logístico.

### **Capítulo III. Sostenibilidad social** (artículos 15 a 28)

En esta parte de la norma se regula la dimensión social de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, basada en la equidad, la eficiencia, el diálogo con la sociedad, la calidad de los servicios, la ética en relación con la salud y el papel de los profesionales de la salud. Así mismo se recoge la gestión de la salud pública, y se establece un modelo de gestión abierta y transparente, otorgando a la sociedad un importante papel en la misma a través de la participación.

### **Capítulo IV. Sostenibilidad ambiental** (artículos 29 y 30)

Se ocupa de establecer que la consejería competente en materia de salud, aprobará, desarrollará y mantendrá actualizada una Estrategia de gestión ambiental y energética en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como acción estable para la gestión de los aspectos ambientales y energéticos asociados a la actividad



sanitaria, buscando la mejora del desempeño ambiental y energético de los centros y establecimientos sanitarios.

## **Capítulo V. Sostenibilidad del conocimiento, la investigación y la innovación** (artículos 31 a 36)

Finalmente, este capítulo regula distintos aspectos de la dimensión de la sostenibilidad desde el punto de vista del conocimiento, la investigación y la innovación, dando un papel destacado a la transferencia del conocimiento a la sociedad y a los agentes del conocimiento que se definen en el artículo 33. También establece que la consejería competente en materia de salud aprobará una Estrategia de investigación e innovación en salud, dentro del marco establecido por la Estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de acuerdo con las directrices del Plan Andaluz de Investigación e Innovación.

### **DISPOSICIONES ADICIONALES**

*Primera.* De los derechos de las personas en relación con los servicios sanitarios en Andalucía.

*Segunda.* La Estrategia del SSPA.

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

*Primera.* Estructuras para la contratación de obras y compra de bienes y servicios.

*Segunda.* Funciones de las Unidades de Gestión de Salud Pública.

*Tercera.* Constitución de las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud.

**DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA.** Derogación normativa.

### **DISPOSICIONES FINALES**

*Primera.* Modificación de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

*Segunda.* Habilitación para el desarrollo normativo.

*Tercera.* Entrada en vigor.



### **III. Observaciones generales**

El Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía -SSPA- que se somete a consideración y dictamen de este Consejo, tiene como objetivo garantizar la sostenibilidad del SSPA sobre la base de los derechos constitucionales garantizados por el Estatuto de Autonomía en su reforma de 19 de Marzo de 2007, y los derechos recogidos fundamentalmente en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y posteriormente en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, asegurando la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite en nuestra Comunidad, y basada en una serie de principios que garantizan la universalidad, la equidad, la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones, el mantenimiento y buen funcionamiento de los servicios que integran el SSPA, así como la financiación pública, la gratuidad y la naturaleza pública de la prestación de la asistencia sanitaria.

El Consejo Económico y Social de Andalucía valora la oportunidad y la intención de esta norma que, como reconoce en su exposición de motivos, pretende consolidar y afianzar los logros y conquistas del Sistema Sanitario en “momentos difíciles”. Igualmente, compartimos y valoramos positivamente los objetivos de la misma que pretenden reforzar y comprometer una serie de principios y valores que son esenciales para garantizar un derecho fundamental de las personas: el derecho a la salud, que constituye uno de los exponentes básicos del bienestar social que genera una amplísima aceptación y valoración por parte de la población andaluza.

Sin embargo, en opinión de este Consejo, el desarrollo que se pretende trasladar al articulado de los principios y valores para consolidar y afianzar los logros en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, objeto de la norma, no resulta el más adecuado, precisando en muchas ocasiones de una mayor claridad en la definición de los criterios, así como de los mecanismos y/o herramientas para concretar los elementos sustantivos y novedosos que la presente ley quiere incorporar a favor de la garantía y sostenibilidad del mismo. Asimismo, la indefinición en los plazos de muchas de las medidas, necesitadas de un posterior desarrollo, profundizan en la falta de concreción del texto.



Otro aspecto que se observa al abordar la estructuración de la presente norma, es la repetición que hace sobre contenidos ya regulados en otras leyes que integran el cuerpo normativo autonómico en materia de salud, y conforman el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos y ciudadanas de la Comunidad Autónoma de Andalucía: La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, incurriendo en algunas reiteraciones y duplicidades, y a veces desajustes en las distintas definiciones que condicionan una falta de claridad normativa y de seguridad jurídica.

En este sentido, este Consejo considera poco acertada la técnica jurídica empleada por la Consejería proponente al elaborar el texto, que no consigue el objetivo fundamental de lograr el mayor grado de acercamiento al principio de seguridad jurídica, en una norma amplia y extensa como esta, con una clara vocación de permanencia en el ordenamiento jurídico.

Por otra parte, nos parece importante e inevitable, antes de entrar en la valoración de los contenidos, hacer una primera reflexión para valorar la oportunidad de esta norma y la necesidad de garantizar la sostenibilidad del SSPA en estos momentos, valorando cuales son los riesgos a los que está sometido el Sistema.

Así, la exposición de motivos hace referencia a la causa económica y a los cambios en la regulación estatal sanitaria básica que afectan a la aplicación de nuestra propia normativa. Este Consejo considera de suma importancia que, además de garantizar la estabilidad económica y normativa del SSPA, se garanticen también los principios y sus valores ideológicos que conforman un modelo social proclive al estado de bienestar, sobre el que se sustenta un marco normativo sanitario que da garantía jurídica y estabilidad al sistema y, que en gran medida, son los que motivan el reconocimiento de la sociedad andaluza.

Igualmente, este Consejo advierte que la referida exposición de motivos es excesivamente amplia, su texto resulta a veces demasiado explicativo, deteniéndose en detalles genéricos o meramente descriptivos que después no encuentran reflejo en el articulado, así como en repeticiones innecesarias y la utilización de datos numéricos de escasa actualización, y, además, incurre en juicios de valor poco rigurosos e impropios de una ley, que recomendamos se



reconsideren. Asimismo, se adorna de excesiva autocomplacencia, obviando las medidas restrictivas que se han tenido que aplicar en los últimos años, así como los recortes de inversión y gasto en el SSPA, que han repercutido en menos recursos humanos y materiales, lo que ha afectado negativamente a su calidad y grado de estimación y valoración entre la ciudadanía.

En conclusión, intenta justificar la situación de una manera excesivamente triunfalista y consideramos necesario un análisis y un diagnóstico más acorde con la realidad para poder asegurar la sostenibilidad sobre parámetros más reales. Según el último Barómetro Sanitario de 2015 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, entre 2009 y 2015, se observa un retroceso general tanto del funcionamiento del Sistema, como de la percepción y valoración ciudadana, que ha bajado 10 puntos. Andalucía es de las comunidades autónomas que más ha descendido en el ranking de gasto per cápita, y si nos atenemos a los datos del propio informe socioeconómico del CES de Andalucía, según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad correspondientes a 2013, el gasto público sanitario en Andalucía era de 1.149€ por persona, muy por debajo de los 1.269€ de la media nacional.

A pesar de que en el artículo 10 se garantiza la financiación necesaria y suficiente, con carácter finalista dentro de los Presupuestos de la Comunidad Autónoma, este Consejo tiene serias dudas sobre si en las actuales circunstancias, mientras persistan las políticas de austeridad, sería posible cumplir esas premisas y dejaría de existir déficit en el sistema sanitario. Consideramos muy difícil evitar que este se produzca, bien generado por una infrapresupuestación inicial, o porque la actividad ha superado finalmente las previsiones iniciales, y no es posible contar con las ampliaciones presupuestarias necesarias para ello; entre otras cosas, por tener que atender el déficit y compromiso de deuda que fija el Estado y obliga el artículo 135 de la Constitución española.

Este Consejo considera que una verdadera Ley de Garantías y Sostenibilidad debe fijar un objetivo mínimo que garantice la financiación finalista, de igual manera que se hace con las leyes que fijan los techos de gasto público, y no estar al albur de “la progresión y evolución favorable del PIB”, o del “incremento de ingresos extras” como se recoge en la memoria económica justificativa.



Analizando el expediente aportado, se comprueba que en borradores previos se establecía un límite mínimo del 6,5% del PIB andaluz para la financiación del SSPA, que curiosamente desaparece en el texto a dictaminar, sin más justificación. De mantenerse así la ley, este Consejo entiende que se está poniendo en cuestión la credibilidad de la norma, y lo que es peor, la sostenibilidad del Sistema.

Otro aspecto conflictivo en el desarrollo futuro de esta ley es la existencia de contradicciones con las normas estatales básicas, que pueden dificultar la aplicación de algunos de los contenidos de la misma, especialmente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y las modificaciones derivadas 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, que pueden poner en cuestión uno de los elementos que este Consejo valora más importante, como es la apuesta por la garantía de universalidad de la atención sanitaria en Andalucía (artículo 8). Hay que recordar que dicha norma determina en su artículo 3 que la garantía de asistencia sanitaria está vinculada a la condición de asegurado o beneficiario, reforzando su definición como prestación vinculada a la Seguridad Social.

Aunque compartimos la idea de que la asistencia sanitaria y la protección de la salud deben ser derechos reconocidos al margen de la relación con la actividad económica, hay que ser conscientes de esta contradicción con la regulación estatal, y buscar alternativas para superar la situación. Por ello, sería conveniente revisar la redacción y los condicionantes que se reflejan en la disposición final primera que deroga y modifica el artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, para reforzar la idea de garantizar de manera universal la asistencia sanitaria en Andalucía.

Un aspecto clave, que creemos que no se aborda con la suficiente concreción es el tema relativo a la transparencia y la participación. A lo largo de todo el texto, y a pesar de la intención formulada en el enunciado del artículo 29, parece que se intenta escapar del compromiso constitucional, refrendado en el Estatuto de Autonomía, sobre la representación institucional y el papel de los agentes económicos y sociales más representativos, así como de la sociedad civil organizada y reflejada en la composición de este Consejo. Todo ello agravado por las circunstancias actuales, en las que la Administración no cumple la propia



normativa existente y paraliza con frecuencia la puesta en marcha y el funcionamiento de los distintos órganos de participación ya aprobados.

Por el contrario, inventa una figura poco definida y concreta, que parece destinada a participar de manera interesada cuando sea oportuno e interese a la propia Administración sanitaria y que denomina “grupos de interés”, que parece destinado a jugar en el futuro un papel importante en la gobernanza del SSPA. Esta referencia etérea puede entenderse de dos maneras: identificando a grupos que pueden verse afectados por ciertas decisiones, y deben ser tenidos en cuenta, o la que los identifica como “lobbies” que tratan de influir en las políticas para obtener algún interés o beneficio propio. En el fondo de todo, entendemos que se trata de enmarañar y difuminar la participación, con una clara intención de relegar el dialogo social y la participación de la sociedad en general. La redacción que se da al artículo 13.4.k) es un ejemplo de la contradicción que refleja todo este asunto, separando claramente a los grupos de interés de las organizaciones ciudadanas, cuando otras veces los confunde bajo una misma definición.

Por ello, esta ley deberá establecer y definir quiénes de los distintos interlocutores sociales son los que participan en cada uno de los diferentes ámbitos, foros y niveles de participación, a la hora de acceder al derecho reconocido legalmente de participar e incidir en la definición de las políticas públicas, como es el caso de la salud: los agentes económicos y sociales reconocidos en el Estatuto de Autonomía para Andalucía, los profesionales y las organizaciones sindicales que les representan, la sociedad civil organizada o a título individual como usuaria del SSPA, donde pueden tener cabida otros asesores que sean de interés para determinados temas.

En relación con la transparencia es preciso establecer mecanismos de información que permitan acceder a los procesos de decisión y gestión, así como de evaluación y cumplimiento presupuestario de las políticas destinadas a la salud de la población, y esta transparencia nunca debe mezclarse, ni confundirse, con el derecho de participación.

Es de destacar como aspecto positivo, que este anteproyecto determine y procure garantizar que no se establecerán sistemas de copago para las prestaciones de la cartera complementaria de servicios que se establezcan dentro del ámbito de las competencias autonómicas, aunque hay que tener en cuenta que



estarán fuertemente condicionadas para su aprobación por las restricciones presupuestarias establecidas en la Ley 16/2013, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Igualmente nos parece reseñable la atención que se presta a la investigación y la innovación, así como que el SSPA incluya la formación e investigación biosanitarias. Quizás por ello, llama la atención que no se hable de otro pilar fundamental como es la docencia, que junto a la asistencia y la investigación conforman un trípode esencial en la actividad profesional.

En relación con el desarrollo de los principios y valores que se hace a lo largo del articulado, este Consejo Económico y Social considera que para la sostenibilidad del SSPA, y especialmente para su eficiencia y calidad del servicio, se requiere que la calidad del empleo y la protección de los derechos laborales de las personas trabajadoras formen parte de los mismos, ya que la calidad y el volumen suficiente de los recursos humanos están directamente relacionados con la calidad de la atención a las personas usuarias del sistema y a su eficiencia en términos económicos y sobre todo social. Igualmente, la garantía de cobro de los distintos proveedores del sistema tiene que ser un principio básico para garantizar el funcionamiento adecuado de los centros y el volumen de empleo de los mismos.

De alguna manera, el anteproyecto adolece de una apuesta más ambiciosa para avanzar hacia una coordinación sociosanitaria más efectiva. No basta con que se cambie el enfoque asistencial y la orientación del trabajo profesional solo por los cambios demográficos y epidemiológicos, tal y como recoge el artículo 25, sino que hay que superar el enfoque estrictamente sanitario y delimitar en este proyecto cual es el papel de los Servicios Sociales y de sus profesionales, y coordinar medidas y actuaciones con la futura Ley de Servicios Sociales de Andalucía que no se limiten a la cronicidad y la pluripatología, para lo cual el Plan de atención que se prevé en dicho artículo, no puede ser exclusivo de la Consejería competente en materia de salud, y debe ser coordinado con Servicios Sociales para su aprobación.

Por último, el anteproyecto de ley, utilizando argumentos de mejora de la gestión, la calidad y la eficiencia, viene a modificar de forma unilateral la estructura y organización actual del SSPA, generalizando las Unidades de Gestión Clínica y posibilitando la creación de supraestructuras para las adjudicaciones de compras,



obras y servicios. Este Consejo considera que todas estas modificaciones, antes de su implantación, requieren ser negociadas con los agentes económicos y sociales, y por el gran calado e impacto sobre las condiciones laborales de los trabajadores y trabajadoras, deben realizarse bajo la premisa de la participación, negociación y futuro acuerdo con sus representantes a través de las organizaciones sindicales más representativas en Andalucía, en el marco de la Mesa Sectorial correspondiente, al margen de entender que esta ley no es el ámbito adecuado para determinar hasta el mínimo detalle cual tiene que ser el modo de funcionamiento de las Unidades Clínicas, sino que se requiere un desarrollo posterior menos rígido y que permita adaptar su funcionamiento a los requerimientos que en cada momento tenga el SSPA.



## IV. Observaciones al articulado

### Exposición de motivos

Consideramos que la exposición de motivos requiere una nueva redacción, más breve, menos reiterativa, con un análisis más real y equilibrado de la situación y de los retos a los que se enfrenta el SSPA y que hacen necesaria esta norma.

Además, sugerimos algunas modificaciones a su texto:

#### Apartado I

En el primer párrafo se define la salud como un “bien público”. Creemos más conveniente la definición como “bien público y derecho de las personas”, que para su protección requiere la acción del sector público.

#### Apartado II

En el párrafo final de este apartado habría que añadir a los criterios descritos, para “asegurar que la población tenga garantizada la protección de la salud y la asistencia sanitaria”, una referencia a la necesidad de una dotación de recursos humanos suficiente y de calidad.

Igualmente, en relación con este el último párrafo, este Consejo entiende que el SSPA no tiene que “protegerse” frente a las alternativas de carácter privado, que tienen su reconocimiento legal y su marco propio dentro del ámbito de la atención sanitaria. Por ello se propone cambiar la última línea del texto, a partir de “atención sanitaria”, quedando **“preservando los principios y valores de nuestro Sistema Nacional de Salud y la prevalencia de los servicios públicos”**.

#### Apartado IV

Creemos que los datos que se aportan sobre la Agenda 2020 y la Encuesta de Salud 2011/12 son excesivos, además de poco actuales, y no reflejan la pérdida de salud evidenciada en los últimos años por la sociedad andaluza, por lo que deberían revisarse.



## **Apartado V**

En relación con el uso del medicamento, la redacción actual resulta imprecisa, ya que lo que ha aumentado es la demanda de medicamentos, mientras que el gasto ha disminuido en cuatro de los últimos cinco años. Por ello, sugerimos modificar la redacción del cuarto párrafo en su primera línea que quedaría: ***“También el uso del medicamento se está modificando, y aunque la demanda siga en aumento, hay que seguir profundizando en medidas que procuren su uso de forma racional, y al mismo tiempo, sirvan para contener el gasto, tal como ha ocurrido con la prescripción por principio activo...”***.

## **Artículo 1. Objeto**

Se recomienda añadir a los principios definidos, otros como: ***“...el carácter público, la gratuidad del sistema, la calidad y la participación social...”***, todos ellos referidos en la exposición de motivos y recogidos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de carácter estatal.

## **Artículo 2. Definiciones**

### **Letra b)**

Se propone añadir al final de esta letra el siguiente texto: ***“...mediante su participación efectiva y real en la toma de decisiones y, en su caso, de sus representantes legales”***.

### **Letra e)**

Solicitamos eliminar la definición de “grupos de interés”, en base a todo lo manifestado en las observaciones generales.

## **Artículo 3. Principios inspiradores**

Se propone incluir tres nuevos principios:



- ***“No discriminación entre hombres y mujeres en las actuaciones sanitarias”.***
- ***“la sostenibilidad económica, social y medioambiental”.***
- ***“la accesibilidad para los usuarios”.***

### **Artículo 5. Garantía de los principios del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

Solicitamos, al principio del precepto, sustituir *“La “Comunidad Autónoma de Andalucía ...”* por ***“El Gobierno de la Comunidad Autónoma y la Administración de la Junta de Andalucía ...”.***

### **Artículo 6. Garantía de los derechos de las personas en relación con el Sistema Sanitario Público de Andalucía**

Como reflexión general, este Consejo entiende que el contenido de este artículo solo recoge una acumulación de derechos recogidos en otras normas previas, por lo que propone una revisión del mismo orientada a determinar y enumerar con claridad los derechos que esta ley garantiza a las personas en Andalucía.

#### **Apartado 2**

Proponemos modificar este apartado, eliminando la participación de los grupos de interés e incluyendo el reconocimiento de la participación en base a lo expresado en las observaciones generales.

#### **Nuevo apartado 3**

Consideramos necesario añadir un nuevo apartado que incorpore la garantía de las personas físicas o jurídicas proveedoras del SSPA (conforme a la nueva redacción del artículo 45 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía) al cobro en tiempo y forma, de acuerdo con la normativa autonómica y/o estatal vigente en cada momento.



## **Artículo 7. Garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

### **Apartado 1**

Se propone suprimir la expresión inicial “*Con carácter general...*” y añadir antes de “sistemas de copago”, “promoverá el no establecer”, de forma que el literal del precepto quedaría de la siguiente forma:

*“1. La Comunidad Autónoma de Andalucía, en el marco de sus competencias y en el ámbito subjetivo de aplicación de esta ley, **promoverá el no establecer** sistemas de copago para las prestaciones de la cartera complementaria de servicios que, en su caso, se puedan aprobar”.*

## **Artículo 9. Valores en que se fundamenta la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

### **Letras e) y g)**

Proponemos sustituir los grupos de interés, y reflejar la participación de los agentes económicos y sociales más representativos de la Comunidad Autónoma y el resto de las organizaciones sociales que representan los intereses de los consumidores y las personas usuarias del sistema.

## **Artículo 10. Financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

En coherencia con lo manifestado en las observaciones generales, este Consejo considera necesario modificar este precepto añadiendo al final del texto lo siguiente: “**...garantizando un límite mínimo anual del 6.5% del PIB regional**”.

Esto permitiría la sostenibilidad del sistema e igualarnos, al menos, con la media del gasto sanitario del conjunto de las comunidades autónomas del Estado.



## **Artículo 11. Estrategia del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

Entendemos que en la elaboración de la Estrategia del SSPA deberán participar los agentes económicos y sociales y las organizaciones sociales y ciudadanas interesadas. El texto quedaría del siguiente literal:

*“1. En el marco definido por el Plan de Salud de Andalucía, la Consejería competente en materia de salud elaborará una Estrategia del SSPA, **para lo que se contará con la participación de los agentes económicos y sociales y organizaciones sociales y ciudadanas interesadas**, que será elevada al Consejo de Gobierno para su aprobación”.*

## **Artículo 12. Gestión de obras y compra de bienes y servicios**

### **Apartado 1, letra b)**

En relación con el establecimiento de los acuerdos de consumo proponemos añadir al final del texto, lo siguiente: ***“...que en cualquier caso tienen que ser transparentes, públicos y negociados, y cuya valoración final no puede depender solo de parámetros de contención del gasto, sino también de otros elementos, como el nivel y calidad de la prestación final a las personas usuarias y su satisfacción mediante encuestas pertinentes al respecto”.***

### **Apartado 2**

Se propone añadir al final del primer párrafo de este apartado lo siguiente: ***“...del personal estatutario de los servicios de salud y, en todo caso, negociados con la representación legal de los trabajadores y trabajadoras”.***

Este Consejo considera necesario que, en aras de una mayor seguridad jurídica para el personal de estas estructuras o las que puedan adscribirse en un futuro, se negocie todo lo relativo a la dotación de personal, funciones y condiciones de los profesionales que la integran.



## Artículo 14. Tecnologías sanitarias

### Apartado 1

La redacción de este apartado, parece atribuir competencias al propio SSPA que no le corresponden, teniendo en cuenta que las tecnologías sanitarias forman parte del catálogo de prestaciones del SNS (artículo 7 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), y las Comunidades Autónomas pueden ampliar el catálogo, pero no reducirlo. Por ello se propone el siguiente literal:

*“La incorporación de tecnologías sanitarias y sus indicaciones en el SSPA, **sin perjuicio de lo que el catálogo de prestaciones del SNS establezca, estará basada en la evidencia científica...**”*

### Apartado 2

En este apartado se especifica que los estudios necesarios para incorporar una nueva tecnología sanitaria serán dirigidos y coordinados por la “entidad responsable”, que suponemos corresponde actualmente a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Entendemos que ello debería quedar especificado y, sobre todo, reflejar si la decisión de una nueva incorporación recae sobre este organismo.

### Apartado 3

En este apartado se incorpora una nueva obligación para las empresas, consistente en comunicar a la autoridad sanitaria las aportaciones económicas o en especie, ayudas e incentivos concedidos tanto a las instituciones que integran el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como a sus centros, servicios y profesionales. En función de la normativa sobre transparencia, tanto estatal como autonómica, entendemos que la obligación no recae en quien realiza la aportación, sino en quien la recibe. Será, por tanto, el profesional que recibe un incentivo como integrante del Sistema, el que esté siempre obligado a su comunicación en base a los criterios establecidos en la Ley de Transparencia. Por ello, se propone la modificación necesaria para normalizar esta situación.



## **Artículo 17. Diálogo con la sociedad**

Sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación.

Además, solicitamos añadir el siguiente literal al final del párrafo:

***“Asimismo se promoverá el desarrollo y funcionamiento de los Consejos de Salud en los diferentes ámbitos territoriales de Andalucía”.***

## **Artículo 19. Calidad de los servicios**

### **Apartado 3**

Sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación.

**Nuevo apartado** (sería el número 3, pasando los actuales 3 y 4, a 4 y 5)

El literal de este nuevo apartado sería el siguiente:

***“El SSPA garantizará, en todos sus centros sanitarios, los recursos humanos adecuados y suficientes para mantener la óptima calidad de los servicios, las prestaciones y el mantenimiento de la cartera de servicios en cualquier época del año”.***

## **Artículo 21. Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

### **Apartado 2**

Se propone modificar este apartado en los siguientes términos:

***“2. La Consejería competente en materia de salud velará **por el adecuado dimensionamiento y cualificación de sus recursos humanos** a la***



*prestación de los servicios sanitarios que tiene encomendada, **para lo cual se dotarán los recursos presupuestarios suficientes.** A tal efecto...”.*

## **Artículo 24. Atención a la cronicidad y la pluripatología**

### **Apartado 2**

Consideramos necesaria una revisión de la redacción de este apartado para que sea más clara. Especialmente, llamamos la atención sobre el término “longitudinal” que, en principio, no entendemos, y que quizás podría hacer referencia a la “atención continuada”.

Asimismo, a la hora de establecer la colaboración, entendemos que más que hacer una mención muy heterogénea sobre determinados intervinientes: hospital, servicios comunitarios, los agentes sociales y la comunidad, sería de más interés reforzar la idea, no solo de la colaboración dentro del SSPA, sino de apostar por “una necesaria y amplia coordinación sociosanitaria a todos los niveles”.

## **Artículo 25. Gestión clínica**

Sobre este artículo nos remitimos a lo manifestado en las observaciones generales y solicitamos su exclusión de esta norma, para trasladarlo a otro marco normativo, tras su negociación.

## **Artículo 28. Gestión abierta: transparencia y participación del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

### **Apartado 1**

Sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación.



## **Artículo 29. Estrategia de gestión ambiental y energética del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

### **Apartado 1**

#### **Letra b)**

Solicitamos añadir una referencia a la realización de auditorías energéticas en todos los centros, con lo que el literal del precepto sería el siguiente:

*“b) La mejora del desempeño ambiental y energético de sus centros y establecimientos, **incorporando la realización de auditorías energéticas en los mismos, en un plazo determinado**”.*

#### **Letra e)**

Sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación.

## **Artículo 30. Objetivos**

Se propone modificar o suprimir la letra e) de este artículo por redacción incomprensible.

En cualquier caso, sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación..

## **Artículo 33. Agentes del conocimiento**

### **Apartado 3**

En relación con los integrantes que se podrían adherir a la red, cuando dice “fundaciones gestoras”, consideramos que debería decir “entidades gestoras”, pues en el caso contrario obligaría a que sólo los agentes que tengan la forma



jurídica de fundación, pudieran adscribirse a la misma, existiendo agentes del conocimiento que tienen otra forma jurídica distinta.

## **Artículo 35. Carrera investigadora**

### **Apartado 2**

Se propone añadir una referencia al desarrollo de la carrera profesional del personal sanitario en los siguientes términos:

*“2. El SSPA impulsará la carrera investigadora tanto de sus profesionales, en general, como de las personas en formación sanitaria especializada, reforzando el doble perfil clínico e investigador, **vinculándolo al desarrollo de la carrera profesional** y facilitando la continuidad en el SSPA de los que acrediten su excelencia”.*

## **Artículo 36. Plan de formación**

### **Apartado 4**

Sobre los “grupos de interés” nos reiteramos en lo expuesto al respecto en las observaciones generales y en la observación al artículo 9, por lo que se propone su modificación.

### **Disposición adicional primera. De los derechos de las personas en relación con los servicios sanitarios de Andalucía**

En relación con lo contemplado en esta disposición, llamamos la atención sobre la necesidad de que la Guía básica de los derechos de las personas en relación con los servicios sanitarios, debe ser accesible para las personas usuarias, y tener una amplia difusión.

Por otra parte, se propone añadir al final del precepto **“... del SSPA”**.



**Disposición final primera. Modificación de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía**

**Uno**

Para reforzar la universalidad de la asistencia sanitaria en Andalucía y en el sentido de lo expresado en las observaciones generales, este Consejo propone la modificación del segundo párrafo del apartado 2 de la nueva redacción del artículo 3 de la Ley de Salud de Andalucía, quedando el mismo con el siguiente literal:

***“A tal efecto, estas personas serán registradas en la Base de Datos de Usuarios de Andalucía y serán identificados ante el sistema por un documento asistencial de carácter temporal”.***



## VI. Conclusiones

En consecuencia, el Consejo Económico y Social de Andalucía considera que corresponde al Consejo de Gobierno atender las Observaciones generales y al articulado presentadas en este Dictamen, así como, en la medida de que lo considere razonable, incorporarlas al Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Sevilla, 26 de septiembre de 2016

LA SECRETARIA GENERAL DEL CES DE  
ANDALUCÍA

VºBº

EI PRESIDENTE DEL CES DE  
ANDALUCÍA



Fdo. Ángel J. Gallego Morales



Fdo. Alicia de la Peña Aguilar

## **INFORME EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR EL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.**

En relación a dicho informe, en general, se ha de concluir que se han incluido sus observaciones, salvo las que a continuación se relacionan por las razones que se exponen:

### **1) Artículo 1, Objeto:**

No se entiende pertinente introducir en el objeto el texto que se propone, puesto que los principios que se definen están expresados ya en el artículo 3 con mayor extensión incluso.

### **2) Artículo 2.**

a) letra b).

No se entiende procedente incluirlo, puesto que, en este apartado se define la gestión clínica y no puede ser vinculado a la participación de ningún representante legal de las personas profesionales. Se trata de definir y no de expresar cómo se va a desarrollar, que sería otra cuestión.

b) letra e)

No parece adecuado retirar de texto el concepto que se acuña de grupos de interés, muy relevante en el caso del SSPA dada la gran variedad de asuntos que pueden ser objeto de interés desde el punto de vista de la ciudadanía en general, pudiéndose ajustar mejor los procesos de participación con los intereses de determinados grupos o personas (véase la gran amplitud de la definición, que lejos de ser excluyente es incluyente). Se huye de los monopolios por determinados grupos de los procesos de participación para poder llegar al sentir de la ciudadanía de una manera amplia.

Si se ha optado, siguiendo las recomendaciones del CES en sus consideraciones generales, a dejar claro que cualquier proceso de participación de grupos o personas en las funciones y responsabilidades del SSPA se hará en el marco legal vigente en Andalucía para la participación social, en general y para la participación en la generación de normas y disposiciones de carácter general en particular.

### **3) Artículo 3. Principios inspiradores:**

No se incluye la propuesta toda vez que estos están incluidos de manera general en otros epígrafes del mismo artículo y uno de ellos, más que un principio inspirador, entra en el propio objeto del Anteproyecto de Ley (la sostenibilidad económica, social y ambiental del SSPA”).

### **4) Artículo 6. Garantía de los derechos de las personas en relación con el SSPA.**

a) En cuanto a la consideración general del artículo, no se acepta la propuesta toda vez que no pretende ser objeto de esta Ley la modificación en profundidad de los derechos de la ciudadanía ante la sanidad en Andalucía. Se ha optado por el método de poder recopilar, con su reseña legal todos aquellos derechos que están vigentes en las distintas normas que se han producido en el tiempo en Andalucía, a modo de catálogo agrupado, para posteriormente, tal como dispone la Disposición adicional primera del texto, elaborar una guía básica recopilatoria dirigida a los ciudadanos para facilitar su pleno ejercicio y la aplicación efectiva.

b) Apartado 2. No se atiende por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

c) Apartado 3. No procede incorporar el nuevo derecho que se propone. En primer lugar porque no se trata de un derecho general de relación del ciudadano con el SSPA, sino de la esfera de la relación económica y comercial, y en segundo lugar porque los derechos de los proveedores y las

garantías de pago de los organismos públicos es un aspecto ya regulado en las normativas propias de área económica.

### **5) Artículo 7.1. Garantía de acceso a la cartera de servicios del SSPA.**

No procede aceptar la propuesta en este punto dado que se está hablando de la cartera de servicios complementaria, en la que las competencias para un eventual copago son de la Junta de Andalucía. Por tanto el compromiso es el de no implantarlo en la cartera que es competencia nuestra. Por tanto, la expresión que propone en este caso, "promoverá el no establecer", se entiende que no es adecuada.

### **6) Artículo 9. Letras e) y g).**

Se ha estimado parcialmente incorporando a los agentes económicos y sociales y a las organizaciones de consumidores, sin que eso sea excluyente de otros grupos de interés.

### **7) Artículo 10 Financiación del SSPA.**

No se entiende apropiado el cambio propuesto

### **8) Artículo 11. Estrategia de gestión del SSPA.**

No procede incorporar lo que ya es un elemento claro y cimentado en los procedimientos de la Junta de Andalucía, cual es la participación de los grupos de interés en los procesos de Planificación que son objeto de aprobación por parte del Consejo de Gobierno.

### **9) Artículo 12. Gestión de Obras y compra de bienes y servicios.**

- a) Apartado 1.b). No se entiende procedente la propuesta puesto que la obligación de transparencia, publicidad, equilibrio entre calidad y coste, etc. son parámetros perfectamente regulados en la legislación sectorial aplicable. Cualquier elemento que se introduzca solo aportaría inseguridad jurídica.
- b) Apartado 2. Se entiende que no es necesario incluir lo que ya recogen todas las normas relativas al ordenamiento laboral en cuanto a la necesidad de negociar con las organizaciones sindicales aquello que afecta a las condiciones de trabajo de los empleados públicos.

### **10) Artículo 14. Tecnologías sanitarias.**

- a) Apartado 2. Se entiende que no es conveniente citar a un organismo por su denominación actual (que puede ser cambiante en el tiempo) sino por su función, con lo cual no pierde vigencia con el tiempo.
- b) Apartado 3. La observación que se formula está orientada a incluir este procedimiento entre los incluidos en la Ley de transparencia pública de Andalucía. Sobre esto es preciso significar que no entra en el ámbito de aplicación de esta Ley puesto que no se trata de subvenciones o donaciones públicas, sino estrictamente privadas, por ello, no se incluye.

### **11) Artículo 17. Diálogo con la sociedad.**

- a) La primera de las observaciones, relativa a los "grupos de interés", no se incluye por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.
- b) La segunda porque ya está contemplada al inicio del párrafo que constituye el presente artículo.

### **12) Artículo 19.**

- a) El apartado 3. No procede por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

- b) Nuevo apartado. No procede puesto que esta garantía está implícita en la formulación que se hace en el artículo y añadirla podría inducir a confusión sobre el propósito y el alcance de la misma. Generaría gran inseguridad jurídica.

### **13)Artículo 21.2.**

No procede por la misma razón expuesta en el apartado b) anterior.

### **14)Artículo 24.2 Atención a la cronicidad y pluripatología.**

Respecto al primer párrafo se acepta la observación. Respecto al segundo no se considera necesaria, toda vez que el tema de la atención sociosanitaria se regula en el artículo 27 del Anteproyecto.

### **15)Artículo 25. Gestión clínica.**

No procede la exclusión que se propone puesto que se considera necesario que la Ley fije un marco general en la organización sanitaria que favorezca la eficacia, la eficiencia y la sostenibilidad. Este marco, desde el punto de vista asistencial, lo constituye la gestión clínica. Atendemos así la reivindicación de los profesionales de dotar este escenario de un marco jurídico adecuado que proporcione seguridad. Lo que el CES plantea respecto de la necesidad de negociar las condiciones de su implantación se comparte plenamente y está recogido en el apartado 7 del artículo, en la medida en que este marco está sujeto a desarrollo reglamentario.

### **16)Artículo 28.1 Gestión abierta: transparencia y participación en el SSPA.**

No procede por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

### **17)Artículo 29.1.e).**

No procede por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

### **18)Artículo 30. Objetivos.**

Se acepta la observación relativa a la letra e) y se modifica la redacción. El resto se entiende que no procede por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

### **19)Artículo 35.2 carrera investigadora.**

No se acepta, puesto que está aún por definir esta carrera investigadora y su eventual vinculación a la carrera profesional en el SSPA.

### **20)Artículo 36.4 Plan de formación.**

No procede por las razones ya expuestas en el apartado 2.b) del presente informe.

### **21)Disposición final primera. punto uno.**

No se acepta puesto que el cambio que se propone puede chocar frontalmente con el marco legal vigente en materia de aseguramiento subjetivo en el Sistema Nacional de Salud, como así señaló el propio Gabinete jurídico de la Junta de Andalucía en su informe sobre este anteproyecto.

29 de septiembre de 2016

**LA COORDINADORA GENERAL**



**Fdo. Mercedes Osuna Ceballos**

## **INFORME COMPLEMENTARIO EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES DEL INFORME DEL GABINETE JURÍDICO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**

Respecto a la **consideración Jurídica tercera del informe** se ha de significar lo siguiente:

A fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 45.1.c) de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía se procedió a dar trámite a determinadas entidades que relacionaron en el acuerdo de inicio y apertura de trámite de audiencia e informes del anteproyecto de Ley que nos ocupa.

Es de destacar que el trámite de audiencia de este anteproyecto de Ley ha sido inusualmente amplio tanto en el tiempo que se ha concedido para ello (dos meses y medio) como en su amplitud subjetiva. Consta en el expediente la documentación relativa al trámite de audiencia administrativo realizado, que se ha hecho tomando como referencia la última Ley general en materia de salud tramitada por esta Consejería, que es la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Al tratarse esta norma, también, de una norma de carácter horizontal, que permeabiliza a todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, y que está llamada a complementar a las leyes que regulan globalmente el mismo, se ha considerado necesario darle un ámbito amplio y no menor de otras normas de carácter general en materia de salud.

En general, se ha consultado en el trámite de audiencia a entidades que representan intereses de la ciudadanía, corporativos, empresariales, y de los profesionales, grandes protagonistas en este anteproyecto de Ley, tanto a través de sus respectivos Colegios Profesionales, como a través de las organizaciones sindicales más representativas en el sector y de las sociedades científicas que colaboran en esta vertiente con el SSPA. Entre ellas cabe destacar:

- a) *La Confederación de Empresarios de Andalucía*, entidad que aglutina en Andalucía a una gran parte del sector empresarial productivo de nuestra Comunidad Autónoma. Según manifiesta en su portal Web la CEA es una organización empresarial, de carácter confederativo e intersectorial, sin ánimo de lucro, constituida para la coordinación, representación, gestión, fomento y defensa de los intereses empresariales, generales y comunes, que está dotada de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Entre sus fines cabe destacar "La representación institucional y defensa de los intereses colectivos empresariales en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de conformidad con lo previsto en el Estatuto de los Trabajadores, ante las Administraciones Públicas y demás entidades y organismos de carácter autonómico, las organizaciones sindicales y asociaciones representativas de intereses colectivos", así como su papel esencial como interlocutor en la Concertación económica y social. Las empresas que lo integran tienen, en general intereses comerciales y económicos en su relación con el SSPA, pero además, en ella se integran entidades asociativas empresariales como son la CEOFA (confederación empresarial de oficinas de farmacia de Andalucía), ASEAA (Asociación de empresarios de ambulancias de Andalucía), ASEOAN (empresarios de óptica, optometría y audioprótesis), AEAN (empresas andaluzas de nefrología y diálisis), ASOAN (empresas de sector de las ortopedias), AESPAA (empresas de prestación asistencial de Andalucía), etc., que representan, a su vez, intereses muy concretos pero de importantísima relación con el SSPA.
- b) *Las organizaciones sindicales más representativas*. Por una parte la UGT y CC.OO. que además de tratarse de dos organizaciones que están entre las más representativas del sector, son organizaciones que permean todos los sectores involucrados en el empleo en nuestra sociedad, lo que las sitúa como las más representativas a nivel general de Andalucía y se constituyen en pieza esencial para la concertación económica y social de nuestra Comunidad. Por otra parte resulta obligada la participación del resto de organizaciones sindicales que ostentan mayor representación sectorial en la sanidad pública, en este caso, SMA (sindicato Médico de Andalucía) SATSE (sindicato de enfermería)

CSIF (vertiente sanitaria del sindicato de funcionarios) Sindicato de Enfermería de la Comunidad Autónoma y USAE (representa los intereses de los auxiliares de enfermería). La representación es la que ha sido obtenida en elecciones sindicales de la sanidad pública andaluza y se trata, por tanto, de los sindicatos que componen la Mesa Sectorial de negociación de la sanidad, en los términos que establece el artículo 79 y siguientes de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.

- c) *Los Colegios Profesionales de Andalucía* que están más directamente implicados con los fines y actividades que desarrolla el SSPA. Entre estos caben destacar los relativos a las profesiones calificadas como sanitarias por la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias: el Consejo andaluz de Colegios oficiales de médicos, corporación de derecho público que coordina a los ocho colegios provinciales de la profesión médica y que tiene como objeto, entre otros la representación institucional de la profesión ante la Junta de Andalucía; el Consejo andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que es una Corporación de derecho público que coordina a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las ocho provincias andaluzas, que tiene como objeto la representación de la profesión ante la Junta de Andalucía y demás Administraciones Públicas, tratándose de una representación corporativa esencial la materia de que se ocupa el anteproyecto de Ley; el Consejo Andaluz de Colegios profesionales de enfermería, entidad de la misma naturaleza y fines generales para la profesión enfermera; el Consejo Andaluz de Colegios Veterinarios de Andalucía, para la profesión de veterinaria; El Consejo Andaluz de Colegios oficiales de dentistas, de Fisioterapeutas y de podólogos. Junto a estos también se han incluido en la consulta a aquellas corporaciones colegiales que sin ser profesiones exclusivamente sanitarias si tienen una amplia participación profesional en el SSPA como es el caso de los Colegios de Psicólogos de Andalucía (Andalucía Oriental y Occidental), el Colegio andaluz de Biólogos, el Consejo general de Colegios profesionales de trabajo social, el Consejo andaluz de Colegios de abogados, el Consejo andaluz de colegios de arquitectos y el de aparejadores y arquitectos técnicos. Corporaciones cuyo trabajo profesional tiene una gran relación con las actividades y el desempeño en el SSPA.
- d) *Sociedades científicas profesionales*, que constituyen asociaciones con personalidad jurídica de carácter privado pero cuya misión esencial consiste en el progreso de las disciplinas sanitarias y científicas que son su objeto en cada caso. La gran mayoría de ellas mantienen relaciones de colaboración científica con la administración sanitaria y en muchos casos convenios específicos de colaboración que determinan que serán consultadas en el trámite de normas de carácter general que afecten a su objeto social. Se ha seleccionado un amplio panel de éstas (hasta 16) para obtener así una opinión cualificada de asociaciones de carácter profesional que diera cobertura a las principales especialidades médicas y a los problemas de salud más prevalentes.
- e) *Asociaciones de pacientes, familiares o allegados*. Se trata de un importante conjunto de asociaciones de carácter privado, integradas bien por pacientes bien por familiares de éstos, que colaboran habitualmente con la Administración sanitaria andaluza en el impulso a la política sanitaria y a mejoras que afecten especialmente al objeto social de cada una. Normalmente se trata de entidades que están registradas en el censo de Asociaciones de Salud de Andalucía creado por el Decreto 66/2012, de 13 de marzo. En concreto se han seleccionado a 20 de ellas entre las que cabe destacarse, por su peso específico dentro de nuestra sanidad, a las que aglutinan a los pacientes con enfermedad mental (FEAFES Andalucía, FAISEM), a las hermandades de donantes de Sangre, a la Asociación de personas con Diabetes, a las relativas a Enfermedades raras y a las de pacientes renales ALCER.
- f) *Organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía*. Estas han sido consultadas a través del Consejo de las Personas Consumidoras y Usuarías de Andalucía, que aglutina a las más importantes organizaciones de carácter regional. EL Consejo es el máximo órgano colegiado de consulta y participación de las personas consumidoras en la Comunidad Autónoma de Andalucía, está adscrito a

la Dirección General competente en materia de defensa de los consumidores y tiene entre sus funciones la de informar sobre proyectos normativos de carácter general que tengan relación con su objeto, que no es otro que la protección de las personas consumidoras. Está integrado por las cuatro grandes federaciones de personas consumidoras como son: FACUA, UCE, AL Andalus y ADICAE.

- g) *Otras organizaciones sociales, también de carácter asociativo privado, pero que canalizan el sentir de muchas personas en relación con el Sistema sanitario al tratarse mayoritariamente de organizaciones humanitarias, basadas en el voluntariado, que tratan de hacer llegar ayuda y apoyo a los más desfavorecidos o a las personas que tienen un problema que les condiciona un especial aislamiento y menoscabo en su potencial de integración social. Aquí se inscribe la consulta efectuada a la ONCE, a la Asociación Médicos del Mundo, a Cruz Roja española, a la Confederación Andaluza de Organizaciones de Personas con Discapacidad Intelectual FEAPS, a la Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física y Orgánica CAMF-COCEMFE, a la Asociación Pro-derechos Humanos en Andalucía, a la Federación de Mujeres Progresistas de Andalucía y a la Asociación Andaluza de Lesbianas, Gays y Transexuales NOS*

Junto al trámite de Audiencia, el texto del Anteproyecto de Ley ha sido objeto de información pública, con publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (Resolución de 4 de Julio de 2015 de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, BOJA 148 de 31 de Julio) y se ha colgado en la WEB de la Consejería y en la WEB de transparencia de la Junta de Andalucía para que cualquier persona física o jurídica interesada, pudiera formular observaciones al mismo. En paralelo se ha desarrollado un amplísimo proceso de participación que ha consistido en la realización de 9 Seminarios (denominados Foros de Diálogo y participación) que se han desarrollado en las ocho provincias de Andalucía más uno de carácter autonómico con la totalidad de las sociedades científicas profesionales (49 sociedades). En una jornada completa de trabajo cada Foro y que han movilizado a asociaciones del ámbito ciudadano, a asociaciones de pacientes y de ayuda mutua de Salud y a profesionales que prestan sus servicios en el SSPA.

Junto a esto se ha solicitado información a la totalidad de Consejerías de la Junta de Andalucía que han respondido cada una con sus aportaciones que han considerado en cada caso.

En total según se puede comprobar en el expediente, hemos recibido 42 informes de alegaciones producto de trámite de audiencia, de las organizaciones y asociaciones que se relacionan en el expediente, 27 informes o aportaciones vía web de personas físicas o jurídicas interesadas en participar y además, las aportaciones sintetizadas en 9 informes completos de un total de 63 grupos de trabajo en el que han participado 861 personas, de los cuales 527 son profesionales del SSPA, con una distribución de género del 52% mujeres y 49% hombres.

En este sentido estimamos que la participación social y profesional en esta ley ha sido lo suficientemente amplia y completa para asegurar, con todas las garantías que toda aquella persona interesada y todas las que se puedan considerar afectadas han tenido un espacio adecuado para formular sus observaciones y sus aportaciones.

29 de septiembre de 2016

**LA COORDINADORA GENERAL**



**Fdo. Mercedes Osuna Ceballos**

**07/80/2016****INFORME AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ.**

Se ha recibido para informe el referido proyecto de Orden remitido por la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud.

**I.- COMPETENCIA.**

El presente informe se emite en virtud del artículo 33 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, del artículo 2.c) del Decreto 260/1988, de 2 de agosto, por el que se desarrollan atribuciones para la racionalización administrativa de la Junta de Andalucía, y del artículo 15 del Decreto 206/2015, de 14 de julio, por el que se regula la estructura orgánica de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.

Para ello se ha tenido en cuenta únicamente el propio anteproyecto de Ley al no haberse remitido los demás documentos regulados en el artículo 43 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

El anteproyecto de ley está compuesto 36 artículos estructurados en un título preliminar y dos títulos, dos Disposiciones adicionales, tres transitorias, una derogatoria y tres finales.

**II.- CONSIDERACIONES GENERALES**

Tal y como se indica en el artículo 1, el objeto del anteproyecto es el de garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (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), asegurando los principios de universalidad, equidad, solidaridad social e igualdad efectiva en el acceso a sus prestaciones, y con los contenidos mínimos, establecidos por las leyes, que permitan la atención sanitaria pública a cualquier persona que la necesite.

Se deberían citar correctamente algunas de las referencias normativas aludidas a lo largo del texto tales así en el artículo 6.c) a la Ley 11/2007, de 26 de noviembre, debería completarse su incluyendo “Ley de Genética de Andalucía” o en el artículo 13.4 en que la Ley 22/2207, de 18 de diciembre, Ley de Farmacia de Andalucía, que no es citada correctamente



FIRMADO POR	RAFAEL CARRETERO GUERRA ROSA MARIA CUENCA PACHECO	30/09/2016	PÁGINA 1/2
VERIFICACIÓN	Pk2jm768ZCKMDM45CrwF65eLLDMXeS	<a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>	

### III.- CONSIDERACIONES PARTICULARES

Los estatutos de las Agencias Públicas Hospitalarias, en cuanto Agencias Públicas Empresariales, cumplen la función de determinación de los puestos de carácter directivo según lo dispuesto en el artículo 70,2 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre.

Estimando que debería existir igual mandato de concreción reglamentaria de los puestos de carácter directivo de cualquiera de las entidades integrantes del SSPA, se propone añadir al artículo 26,3) un nuevo epígrafe con la siguientes redacción:

*d) Determinación de los puestos de carácter directivo.*

EL DIRECTOR GENERAL DE  
PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Fdo: Rafael Carretero Guerra.

LA JEFA DEL SERVICIO DE  
ORGANIZACIÓN Y SIMPLIFICACIÓN  
ADMINISTRATIVA.

Fdo. Rosa M<sup>a</sup> Cuenca Pacheco.



FIRMADO POR	RAFAEL CARRETERO GUERRA	30/09/2016	PÁGINA 2/2
	ROSA MARIA CUENCA PACHECO		
VERIFICACIÓN	Pk2jm768ZCKMDM4SCrwF65eLLDMXeS	<a href="https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma">https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma</a>	

**INFORME EN RELACION CON LAS OBSERVACIONES REALIZADAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN AL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.**

En relación a dicho informe, se hace constar que su observación relativa al artículo 26.3 del Anteproyecto de Ley no se ha incluido por la razón que se expone:

No se considera oportuno incluir la determinación de los puestos de carácter directivo en este artículo, al considerar que dicha determinación viene exigida por normativa específica en el ámbito de planificación y organización de la Administración Pública.

**LA COORDINADORA GENERAL**



**Fdo. Mercedes Osuna Ceballos**