

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 utilizada¹) 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 Diagnóstico²(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%

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

² 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 nacional³, 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.

³ 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 dislipemia⁴, 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.

⁴La 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 años².

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 cronicación 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 regularan 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 capítativa que redundará 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 conjunta de recursos, medias 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 “abierta” 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 otros 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 de I+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


Edo: 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 ECONÓMICA DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA**I. ANTECEDENTES**

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 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.



II. INCIDENCIA, IMPACTO Y FINANCIACIÓN

La Ley se compone de treinta y siete artículos, estructurados en un título preliminar y dos títulos, dos disposiciones adicionales, una derogatoria y dos finales.

En el **Título Preliminar** se contiene el objeto de la Ley, destacando la definición del Sistema Sanitario Público de Andalucía (en adelante SSPA), así como la determinación de los principios que la inspiran.

En el **Título Primero** 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, el sostenimiento de sus principios, los derechos de la ciudadanía ante 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 9 “Garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía”* 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 podrá arbitrar 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. Será de la disposición que, en su caso, desarrolle dichas medidas de la que se deriven 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*** se dedica a la garantía de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y los valores en que se soporta.



El *Capítulo Segundo* 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, destacando el activo que para el sistema suponen sus profesionales.

En este Capítulo la principal novedad se encuentra en el establecimiento y regulación del Plan de Gestión del SSPA, 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.

Como base fundamental de dicho Plan, el artículo 12 “Financiación del Sistema Sanitario Público de Andalucía” fija un **límite mínimo de financiación** para el SSPA, que vendrá dado por el 6,5% del Producto Interior Bruto andaluz (PIB andaluz). Dado que la financiación del Sistema de los últimos años viene a representar no más del 6,1 % del PIB andaluz, la medida establecida supondrá una mayor dotación de recursos económicos para el SSPA:

(millones de euros)	2013	2014	2015	2016
PIB ANDALUZ (2 ejerc. ant.)	141.603	138.960	138.301	141.704
Presupuesto Sanitario Andaluz	8.365	8.192	8.385	
% s/PIB (2 ejerc. ant.)	5,91%	5,89%	6,06%	

(millones de euros)	2013	2014	2015	2016
6,5% PIB (2 ejerc. ant.)	9.204	9.032	8.990	9.211

(millones de euros)	2013	2014	2015
Variación Presupuesto Salud / 6,5% PIB (2 ejerc. ant.)	839	841	605

Por tanto, si la evolución del PIB andaluz es similar a la mostrada en el cuadro, el aumento de financiación del Sistema Sanitario Público Andaluz oscilaría entre los 600 y los 850 millones de euros.



Unido a lo anterior, *el artículo 14 “Ingresos generados por el Sistema Sanitario Público sanitario”*, en la medida en la que establece la afección de los ingresos que se generen por la actividad en investigación, desarrollo e innovación, facturación y cobro de la asistencia sanitaria, así como los ingresos ordinarios o extraordinarios que esté autorizado a percibir por los convenios con otras Administraciones para la prestación de la asistencia sanitaria, así como cualquier otro recurso que le pudiese ser atribuido o asignado, dará lugar a un incremento de los recursos económicos del SSPA.

En el cuadro siguiente se detallan los ingresos por ventas en el Sector Privado del SAS remitido al Ministerio para la Encuesta de Gasto Sanitario, correspondiente a los ejercicios 2012, 2013 y 2014.

Concepto	2012	2013	2014
Servicios atención hospitalaria	57.651	49.520	55.612
Servicios de atención primaria	3.783	4.061	3.971
Servicios de salud pública (vacunas, laboratorios..)	893	742	563
Banco de sangre	5.543	5.883	5.040
Otras ventas de servicios y productos no sanitarios	1.001	1.126	1.141
TOTAL	68.870	61.332	66.327

Asimismo, en el *artículo 15 “Compra de bienes y servicios”* se recogen de forma específica las peculiaridades del SSPA en lo que a 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 el Sistema de Plataforma Logística de Compra Provincial del SAS, es previsible un ahorro económico superior al que se viene dando, si bien no se podrá concretar su cuantificación hasta que se consolide la implementación del mismo.

Por otro lado, *el artículo 16 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 coste.

Ya se han venido aplicando medidas a este respecto, estimándose un ahorro para 2015, por este concepto, de 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.

Por último, cabe mencionar que el *artículo 17 “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 21 “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.

Por otro lado, el artículo 26 “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 cuatro tipos de Unidades de Gestión Clínica, que se conciben como estructuras organizativas que conforman unidades orgánicas responsables de prestar la asistencia sanitaria propia de su ámbito asistencial y que se caracterizan por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los profesionales. Este rediseño organizativo así como la integración de los profesionales sanitarios en el mismo, permitirá la contención del gasto, incluso algún ahorro económico que contribuirá al sostenimiento del SSPA.



El **Capítulo Cuarto** constituye una garantía para la gestión ambiental y energética del SSPA. En concreto, el *artículo 30 “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.

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 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 33 “Compromiso presupuestario en la generación del conocimiento, investigación e innovación en Salud”* determina que los niveles de la investigación y la innovación de la Comunidad Autónoma se situarán en una posición nacional e internacional acordes con el volumen en recursos y en profesionales del SSPA. Ello podrá suponer, en principio, un incremento de gastos en estas áreas, que se financiará, en su caso, con la mayor disponibilidad de recursos económicos que ya se ha comentado, procedente, tanto del modelo de financiación que garantiza un 6,5% del PIB andaluz, como del mayor nivel de ingresos que quedan afectados al SSPA.

Junto a ello, la ley mandata al Consejo de Gobierno para que apruebe el Plan Estratégico de Investigación e Innovación en Salud, dentro del marco del Plan Andaluz de Investigación e Innovación, que contendrá las líneas prioritarias en la investigación sanitaria, entre las que se encuentran, como es lógico, las financieras.



Por último, 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 37 Plan Integral de Formación*).

Las actuaciones relacionadas con el Plan Integral de Formación no conllevarán coste adicional, en la medida en la que se están llevado a cabo en la actualidad, y cuentan con dotación presupuestaria suficiente.

La Ley consta, por último, de dos disposiciones adicionales, una derogatoria y dos finales entre las que presenta especial relevancia la disposición adicional primera que pospone la aplicación de lo dispuesto en el artículo 12 a los tres años siguientes a la entrada en vigor de la Ley (previsiblemente ejercicio 2018).

III. EVALUACIÓN ECONÓMICA

En conclusión, y tal y como se ha descrito en la presente memoria, por lo que respecta a su evaluación económica, la aprobación del presente Anteproyecto de Ley no tendrá incidencia económica significativa hasta el ejercicio 2018, ejercicio en el que se podrá valorar el impacto del artículo 12. Momento, además, en el que el Parlamento Andaluz aprobará, si procede, el Plan de Gestión en el que se materializará esa incidencia. Pues en términos generales, el proyecto normativo recoge en gran parte un conjunto de acciones y medidas que ya se están desarrollando y cuyas cargas económicas cuentan actualmente con dotación presupuestaria adecuada y suficiente.

Sevilla, a 18 de junio de 2015.

La Secretaria General de Planificación y
Evaluación Económica

S. Gral. de Planificación y
Evaluación Económica
SEVILLA



**ANTEPROYECTO DE LEY DE GARANTIAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
DE ANDALUCIA**

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 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 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 Celiacos 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

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. Martín Blanco García



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.



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 corregulación de determinadas actividades económicas o profesionales.

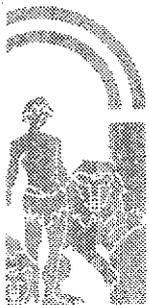
NO Incrementa los costes derivados del cambio de proveedor.

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

Tercero. Someter el Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía a Información pública.

El Consejero

Fdo: Aquilino Alonso Miranda