



Anexos

## Anexos

### Anexo I. Salud en Andalucía

#### I. DEMOGRAFÍA Y SALUD

El descenso de la mortalidad con el aumento de la supervivencia de las generaciones mayores, la baja fecundidad de las generaciones más jóvenes y la disminución de los nacimientos, está modificando la pirámide de población andaluza, cuya estructura muestra un progresivo envejecimiento durante los últimos años.

El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando; especialmente el porcentaje de población mayor de 80 años se prevé que sea incluso mayor. El Índice Generacional de Ancianos (IGA), que representa el número de personas de 35 a 64 años por cada persona de 65 y más, es más reducido en las zonas rurales con un mayor índice de envejecimiento y dependencia. Siendo el descenso de la mortalidad el fenómeno demográfico y sanitario más sobresaliente durante las últimas décadas.

En 2009, la esperanza de vida de la población andaluza (77,5 hombres; 83,7 mujeres), aunque con un valor algo más de un año inferior en hombres y mujeres a la del conjunto de España (78,7 hombres; 84,9 mujeres), es superior a la de países de la Unión Europea (UE27: 76,4 hombres; 82,4 mujeres) y de la OCDE y similar a la media de la Unión Europea (UE15: 77,9 hombres; 83,2 mujeres). La esperanza de vida a los 65 años alcanza como promedio 21,3 entre las mujeres y 17,3 en los hombres.

Andalucía está entre las Comunidades Autónomas con mayor incremento de la Esperanza de Vida en Buena Salud (EVBS) entre 2002 y 2007. El progresivo envejecimiento de la población, que se acentuará durante los próximos años según las proyecciones del Instituto de Estadística de Andalucía (IEA), supondrá previsiblemente un incremento de personas con alguna discapacidad o en situación de dependencia.

En cuanto a la evolución de la población extranjera, en Andalucía la población inmigrante ha aumentado en los últimos cinco años en todas las provincias, manteniendo un proceso de general masculinización a lo largo de la última década. La mayoría reside actualmente en Málaga y Almería, aunque con perfiles sociodemográficos muy diferentes.

## II. DETERMINANTES DE LA SALUD

La prevalencia en la población andaluza de factores de riesgo, que se asocian a las principales causas de morbimortalidad en las sociedades desarrolladas, como la obesidad, hipertensión arterial, consumo de alcohol o tabaquismo presenta en 2011 valores elevados. Algunos de ellos, como la prevalencia de sobrepeso, el consumo de alcohol y de tabaco, o la actividad física regular tienen valores superiores entre los hombres. Sin embargo, entre las mujeres es más frecuente la prevalencia de hipertensión arterial. En general estos datos se explican por las condiciones de vida de los distintos grupos sociales, dados el nivel de renta, el nivel de estudios o la clase social.

### 1. Consumo de tabaco

En el año 2011 la edad media de inicio del consumo de tabaco se sitúa en 16,6 años en los hombres y 17,8 años en las mujeres. Desde 1999 se venía produciendo un descenso en la edad media de inicio en el consumo de tabaco. Sin embargo en 2011 se observa que la edad global de inicio se produce un año más tarde que en 2007 (17,1 años vs. 16,3 años). El inicio del tabaquismo en edades más jóvenes es menos frecuente en población con un mayor nivel de renta o estudios.

Según los datos disponibles de la última Encuesta Nacional de Salud de 2006, Andalucía se encontraba entre las Comunidades Autónomas con una prevalencia de tabaquismo más elevada. En la primera oleada de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2011, el 27,7% de la población andaluza manifiesta consumir tabaco a diario (33,1% hombres y 22,5% mujeres). Aunque este porcentaje se ha reducido desde 2007 (31,1%) a expensas del abandono del tabaco por hombres, año en el que el tabaquismo diario entre hombres casi duplicaba al de las mujeres. Los valores más elevados en la prevalencia de tabaquismo alcanzan su pico máximo entre los 25 y 54 años. Un porcentaje elevado de las personas, especialmente hombres, con un diagnóstico de Diabetes Mellitus o Hipertensión Arterial son fumadoras.

Aproximadamente un tercio de los andaluces fumadores que acudieron al médico en 2007 recibieron consejo para dejar de fumar. El mayor porcentaje de personas fumadoras a las que les gustaría dejar de fumar se encuentra distribuida entre los grupos de mayor y menor renta, y el mayor porcentaje de personas que dejaron de fumar en los últimos 4 años, se concentra en grupos sociales con mayor renta y con estudios universitarios.

### 2. Consumo de alcohol

Desde el año 2003 existe una tendencia creciente en el consumo de alcohol al menos una vez al mes en la población andaluza, desde el 38,8% hasta el 45,9% en 2011. En hombres aumentó del 56,5% al 61,7% y en mujeres del 21,8% al 31,0%. Los mayores porcentajes, por encima del 50%, se alcanzan entre los 16 y 54 años. Este consumo aumenta con el nivel de renta y el nivel de estudios.

Desde 1999 existía un descenso en la edad de inicio al consumo de alcohol hasta 2007, tendencia que se rompe en 2011. Un 1,5% de la población andaluza (2,4% hombres y 0,5% mujeres), especialmente jóvenes entre 16 a 24 años y entre 55 y 64 años tenía un consumo excesivo de alcohol en 2007. En 2011 la edad media de inicio al consumo de alcohol es 17,9 años (17,4 varones y 18,8 mujeres).

### 3. Ejercicio físico

La práctica de ejercicio físico regular es más frecuente entre los jóvenes, especialmente los hombres, disminuyendo con la edad y desapareciendo las diferencias de género a partir del grupo de edad de 45 a 54 años. En 2011, el sedentarismo durante el tiempo libre ha descendido al 28,5% de la población, siendo superior en mujeres (26% en hombres y 30,9% en mujeres).

### 4. Consumo de frutas y verduras

En 2007, el consumo diario de frutas y verduras es mayor entre las mujeres (55,6% frutas y 27,5% verduras) que entre los hombres (47,7% y 20,9% respectivamente). El consumo aumenta con la edad, duplicándose entre los mayores de 75 años (67,7% frutas y 33,3 verduras) con respecto al grupo de 16 a 24 años (34% frutas y 13,1% verduras).

En 2011 aumentó el consumo de estos alimentos respecto a 2007. El 81,3% y 70% de la población andaluza manifiesta consumir al menos 3 veces a la semana fruta fresca y verduras, respectivamente.

## 5. Sobrepeso y obesidad

En 2011 el 58,2% de la población andaluza presenta sobrepeso u obesidad (62,9% hombres y 53,7% mujeres). La prevalencia de obesidad en hombres y mujeres andaluces es de 17,9% y 20,4% respectivamente y presenta un marcado gradiente social. En los últimos años ha aumentado el sobrepeso y obesidad en la población andaluza, especialmente en edades adultas, siendo entre los 45 y 75 o más años, las edades con mayor prevalencia.

## 6. Hipertensión declarada

En 2007 la prevalencia de hipertensión autodeclarada como diagnosticada por los servicios sanitarios, fue del 15,3% en la población andaluza, más frecuente en las mujeres (16,9%) que en los hombres (13,6%).

### III. SITUACIÓN DE SALUD

#### 1. Salud percibida

El estado de salud percibido es uno de los indicadores de las encuestas de salud más utilizados para conocer y comparar la salud global. Se trata de una medida subjetiva que refleja la percepción que las personas tienen de su propia salud desde un punto de vista físico, psicológico y social. Este indicador se considera un buen predictor de la esperanza de vida, de la mortalidad, del hecho de tener enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.

En el año 2009, el 71,3% de la población andaluza de 16 y más años valora su estado de salud en los últimos 12 meses como bueno o muy bueno. Por sexo, el 76,4% de los hombres declara tener un buen estado de salud, frente al 66,3% de las mujeres. En cuanto a la autopercepción de mala salud, el 8,6% de la población total andaluza valora su estado de salud en los últimos doce meses como malo o muy malo, cifra que se eleva al 11,1% en las mujeres frente al 6,0% en los hombres.

#### 2. Carga de enfermedad

La carga de enfermedad mide las pérdidas de salud en una población, por consecuencias mortales o no, producidas por enfermedades o lesiones. Expresada en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), (Disability-Adjusted Life Years - DALYs-), es el valor actual de los futuros años de vida libres de incapacidad, que se pierden o se ganan a causa de muerte prematura o de incapacidad en un año determinado.

Más del 90% de la carga de enfermedad en la población andaluza está relacionada con las enfermedades no transmisibles, accidentes y lesiones. Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores, son los problemas de salud que más carga de enfermedad generan en el conjunto de la población de Andalucía. Entre las mujeres destacan además los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades del sistema nervioso, y entre los hombres los accidentes y las enfermedades del sistema respiratorio.

Una gran parte de la discapacidad de la población andaluza está generada por las enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, las enfermedades mentales, y las enfermedades nutricionales y metabólicas. Sin embargo, en los accidentes, las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y los tumores la mortalidad tiene mayor peso que la discapacidad.

Algo más de un tercio de la carga de enfermedad se concentra en las personas mayores de 75 años y la mitad de la carga de enfermedad se encuentra en las personas entre 45 y 74 años.

#### 3. Mortalidad general e infantil

Las principales causas de mortalidad en la población andaluza son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, aunque las primeras tienen más importancia en las mujeres y las segundas en los hombres. Dentro de una sobremortalidad masculina sobre la femenina, con tasas en torno a un 80% superior, la tendencia de la mortalidad en los hombres en los últimos 10 años, es claramente descendente en todas las provincias de Andalucía. El descenso ha sido del 24,3% para el conjunto de Andalucía entre 1999 (938,3 por 105) y 2009 (728,8 por 105). La tendencia de las tasas ajustadas por edad de mortalidad general también ha sido en mujeres claramente descendente en todas las provincias andaluzas, con un descenso para

el conjunto de la región del 21,3% entre 1999 (532,3 por 105) y 2009 (419,1 por 105). Andalucía, junto al resto de España, ha pasado de tener las tasas más elevadas de mortalidad infantil en Europa occidental hasta mediados de la década de los 80 del siglo XX, a estar entre los países y regiones con mejores indicadores de mortalidad infantil.

La mortalidad infantil en Andalucía presenta cifras muy bajas, con una tasa de 3,9 muertes muy similares a la media de España de 3,2 por cada 1.000 nacidos. Desde el año 1990 el descenso de la tasa de mortalidad infantil ha sido superior al 56% en Andalucía y para el conjunto de España. La mayor parte de estas muertes ocurrieron en periodo neonatal (primeros 28 días de vida) y en menor proporción en el postneonatal (de 28 días a 1 año), las causas que provocan estas defunciones, son principalmente perinatales y congénitas.

#### IV. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD

##### 1. Enfermedades cardiovasculares

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son la causa principal de mortalidad en la Unión Europea y suponen aproximadamente el 40% de las muertes tanto de hombres como de mujeres. En su conjunto, suponen una gran carga económica por su elevado coste y prolongada asistencia sanitaria. En Andalucía los ingresos hospitalarios por ECV han aumentado en los últimos años, manteniendo una tasa estable cuando se considera el envejecimiento de la población. La tasa ajustada de altas por ECV en hombres en 2009 (superior a 780 por 105 habitantes), casi duplica a la tasa de las mujeres (439,34). En evolución de las ECV tienen el mayor peso la Cardiopatía Isquémica (CI) y la Enfermedad Cerebro Vascular (ACV).

La incidencia de CI en 2009 fue de 275 por 105 en los hombres y de 101 por 105 en las mujeres. Durante la última década los valores de la tasa de incidencia han estado próximos a los 300 casos por 100.000 en hombres y a 100 casos por 100.000 en mujeres. Sin embargo la mortalidad por CI en Andalucía, y en mayor medida la mortalidad por ACV ha tenido un importante descenso durante las últimas décadas. La estabilización de la incidencia junto con la disminución de la mortalidad, implican un progresivo incremento de la prevalencia de pacientes con antecedentes de ECV.

La incidencia de ACV en Andalucía se mantiene en valores muy similares durante la última década. Aunque las tasas del año 2000 (182,6 por 105 en hombres y 109,6 por 105 en mujeres) y las de 2009 (163,4 por 105 en hombres y 98,6 por 105 en mujeres) son respectivamente las más elevadas y las más bajas de esta serie, las tasas de los años intermedios mantienen valores parecidos, por encima de 173 casos por 105 hombres y de 100 por 105 mujeres. Por el contrario, la tasa de mortalidad por ACV ha experimentado un notable descenso, de casi la mitad de su valor, durante el mismo periodo, tanto en hombres como en mujeres, atribuible muy posiblemente a las mejoras en la asistencia sanitaria a este proceso. En el año 2000 la tasa de mortalidad por ACV era de 83 por 105 en hombres y de 70,3 por 105 en mujeres, mientras que en 2008 fue de 59,6 por 105 y de 45,4 por 105 respectivamente.

##### 2. Cáncer

El cáncer es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares, siendo la primera en el grupo de edad de 15 a 64 años. En los últimos años, la mortalidad por cáncer en Andalucía presenta una tendencia descendente tanto en hombres como en mujeres siendo este descenso más acusado en los hombres. Aún encontrándose por encima de los valores de la media nacional este descenso se corresponde con el que se está produciendo en el resto del país. Desde 1990, el riesgo de muerte por cáncer está disminuyendo en los países de la Unión Europea.

El resultado de las políticas de detección precoz por un lado y los avances del tratamiento por otro, han contribuido en la disminución de la mortalidad en muchos tumores malignos. Fundamentalmente, este descenso se debe a la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres y cáncer de mama en las mujeres. El descenso de la prevalencia de tabaquismo sería el responsable de la disminución de la mortalidad por cáncer de pulmón, mientras que en el de mama está en relación con el aumento de la supervivencia debido a un mejor y precoz diagnóstico y a un tratamiento en estadios más precoces que aumentaría la supervivencia y en algunos casos la curación. En 2009, la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer en Andalucía para los hombres es de 223,7 por 100.000 habitantes (con una reducción en la última década de un 16%), y para las mujeres de 103,4 por 100.000 habitantes (con una reducción en la última década de un 9%).

Con el envejecimiento de la población, la incidencia de cáncer se ha incrementado en algunos casos, mientras que ha descendido la mortalidad por esta causa. Este aumento de la incidencia es más marcado en las mujeres. Si se consideran las tasas estandarizadas, el incremento es menor, lo que pone de manifiesto la vinculación de este fenómeno con el envejecimiento de la población. Este aumento se produce a partir de algunas de las localizaciones tumorales más frecuentes como el cáncer colorrectal en hombres y mujeres, el cáncer de próstata en hombres y el de mama en mujeres. Sin embargo, descienden otras localizaciones que hasta ahora estaban entre las más frecuentes, como el cáncer de estómago en hombres y mujeres y el de pulmón en hombres.

En las mujeres las principales causas de mortalidad por cáncer son mama, colorrectal, útero total, ovario y estómago y en los hombres pulmón, colorrectal, próstata, vejiga y estómago, observándose un descenso del 0,45% anual por todos los cánceres. Esto se debe, principalmente, a partir del año 1993, por el importante descenso de la mortalidad por cáncer de mama, con unas buenas expectativas a partir del impacto del cribado poblacional de este cáncer, y también el cáncer de estómago. Por el contrario, han aumentado de una forma continuada el cáncer de ovario, linfoma no Hodgkin y pleura.

### 3. Diabetes mellitus

La prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) ha aumentado de manera progresiva durante los últimos años por el envejecimiento de la población y el aumento del sobrepeso y la obesidad. En 2007 la prevalencia de diabetes tratada con fármacos en Andalucía se estimaba en un 5,9% de la población y la autodeclarada en más del 7%. El estudio DRECA-2 estima en 2007 una prevalencia real de diabetes entre hombres andaluces de 35 a 74 años del 17% (15-20%) y diagnosticada del 14% (12-16%) y entre las mujeres de 13% (11-15%) y 11% (9-13%) respectivamente.

La mortalidad por DM ha tenido una tendencia descendente en Andalucía, con diferente intensidad según las provincias. En las mujeres este descenso se ha producido de una manera más acusada con un 3,4% anual desde 1975 a 2008. Sin embargo la diabetes es la quinta causa de muerte en mujeres y la sexta en hombres. En el periodo 2001-2004, la mortalidad prematura por diabetes, fue de 49,4 por 105 en varones y 26,8 por 105 en mujeres, mientras que en el periodo 2005 a 2008 la tasa descendió en los varones a 48,3 por 105 y en mujeres a 22,7 por 105.

### 4. Salud mental

Los datos procedentes de la Encuesta Andaluza de Salud de 2003 y 2007 ponen de manifiesto que la frecuencia de personas en Andalucía que manifiestan "padecer nervios, depresión u otros trastornos mentales" (en el momento de realizarse la encuesta) ha aumentado del 1,5% al 2,3%. Este aumento se ha producido especialmente a expensas de las mujeres, que aumentaron del 1,9% al 3,4%, mientras que los hombres pasaron de 1,5 a 2,3% durante este periodo. En Andalucía, un 20,1% de la población mayor de 15 años presenta riesgo de padecer alguna patología mental, siendo el porcentaje en hombres de un 14,6% y en mujeres de un 25,4%. En España, este porcentaje alcanza el 21,3% (15,6% de hombres y 26,8% de mujeres). Existe un predominio de estos trastornos entre las mujeres frente a los hombres y en ambos sexos su frecuencia aumenta con la edad, alcanzándose las prevalencias más elevadas a partir de los 65 años. Tienen además, un marcado gradiente social, aumentando a medida que disminuye el nivel de ingresos y menor es el nivel educativo, y es más elevada entre las personas con invalidez o incapacidad permanente, seguido en menor grado por jubilados (especialmente mujeres), amas de casa, y parados que ya han trabajado antes.

El último análisis del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía correspondiente a 2008 respecto a la morbilidad atendida por las Unidades de Salud Mental Comunitaria, muestra que los problemas más frecuentes fueron los trastornos neuróticos (32,19%; 866,01 por 105 habitantes), trastornos del humor (20,39%; 548,61 por 105 habitantes) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (10,8%; 271,17 por 105 habitantes). En hombres, los trastornos mentales atendidos con mayor frecuencia son los trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas (83,15%), trastornos del desarrollo (74,93%), trastornos del comportamiento y emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (64,58%) y trastornos esquizofrénicos e ideas delirantes (64,10%). Por el contrario, es mayor la proporción de mujeres que padecen trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (72,55%), trastornos del humor (70,36%) y trastornos neuróticos (67,13%).

Referido a la hospitalización, las altas hospitalarias en Andalucía por enfermedad mental se han mantenido más o menos constantes, en torno a algo menos del 2% respecto a las altas totales hospitalarias

(periodo 2003-2006). En cuanto a la morbilidad de las personas ingresadas en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía el grupo de pacientes que mayor número de ingresos han requerido (dato 2006) es el que corresponde a los trastornos psicóticos, que han supuesto el 60,95% del total de altas por trastorno mental. Y en segundo lugar, los trastornos de la personalidad y de la impulsividad, que han supuesto algo más del 10% de los ingresos.

## 5. Sida

El Sida es, entre las enfermedades transmisibles, la que mayor impacto ha tenido en la salud de la población andaluza durante las últimas décadas. En el año 2009 la tasa de incidencia de Sida en Andalucía fue de 21,08 por 10<sup>6</sup>, ligeramente por debajo de la incidencia media nacional, de 22,6 por 10<sup>6</sup>. Tras alcanzarse el pico epidémico, en Andalucía en el año 1994 con una tasa de incidencia de 162,9 por 10<sup>6</sup> y en España con una tasa de 189,8 casos por 10<sup>6</sup>, el número de casos ha descendido progresivamente. Los 175 casos notificados en 2009 supone un descenso del 85% respecto a los diagnosticados en 1994 y del 81% respecto a los notificados durante 1996 en España y de un 83% en Andalucía, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA). El uso de estos tratamientos en Andalucía se ha ido incrementado a lo largo de este periodo, estabilizándose en los últimos años en alrededor del 80% de los pacientes ambulatorios.

El 78% de los casos totales declarados a lo largo de la epidemia son hombres, aunque la razón hombre/mujer ha variado en el tiempo y ha ido disminuyendo. Así, la proporción mayor de hombres se sitúa en el año 1986, con una razón de casi 7 hombres por 1 mujer, mientras que en la actualidad se sitúa en cerca de 4 hombres por cada mujer.

En 2009 el grupo de Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP) sigue siendo el más numeroso, representando el 41% de los casos nuevos. La vía de transmisión por relaciones heterosexuales de riesgo representa el 27%, mientras que un 14% se infectaron por mantener relaciones homo/bisexuales sin protección.

## 6. Accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico son en Andalucía la primera causa de muerte en jóvenes, mayoritariamente hombres, entre 15 y 25 años con una tasa de 5,4 por 10<sup>5</sup> y la tercera en el grupo de 25 a 34 años con una tasa de 4,9 por 10<sup>5</sup>.

Según la información de la Dirección General de Tráfico, durante el año 2009 se registraron 13.183 accidentes de tráfico en Andalucía con un total de 20.661 víctimas y 387 muertes. No obstante en cuanto a su evolución en la década, esta cifra de víctimas es un 24,2% menor que la registrada en 2003, año en el que se produjeron 25.561 víctimas por accidente de tráfico en Andalucía. Este descenso es apreciable especialmente a partir del año 2007.

Las provincias con mayor frecuencia de accidentes y mayor número de víctimas fueron Cádiz, Málaga y Sevilla en donde se encuentran las ciudades con las áreas metropolitanas más extensas. Por el contrario, la mayor gravedad, estimada como tasa de víctimas por accidente (lesividad) y de muertes por accidente (letalidad) se produjo en las provincias de Huelva, Jaén y Almería.

## Anexo II. Organización de la Atención Sanitaria en Andalucía

### I. ORGANIZACIÓN Y FUNDAMENTOS DEL MODELO

#### 1. Estructura político administrativa de Andalucía

Andalucía es una Comunidad Autónoma que tiene un Parlamento propio, un Gobierno propio y un Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

La **Junta de Andalucía** es la institución en la que se organiza políticamente el autogobierno de la Comunidad Autónoma. Está integrada por el Parlamento de Andalucía, la Presidencia de la Junta y el Consejo de Gobierno.

Además forman parte de la Junta de Andalucía otras instituciones de autogobierno como el Defensor del Pueblo Andaluz, el Cámara de Cuentas de Andalucía, el Consejo Audiovisual de Andalucía y el Consejo Económico y Social de Andalucía.

Andalucía posee un sistema parlamentario de gobierno. El Parlamento representa al pueblo andaluz siendo el centro de las decisiones políticas fundamentales. Sus leyes se encuentran sujetas a la Constitución y al Estatuto de Autonomía. Sus miembros son elegidos por sufragio universal, igual, libre, directo y secreto.

El **Gobierno** de la Junta de Andalucía cuenta actualmente con 13 departamentos, denominados consejerías entre los que se encuentra la Consejería de Salud.

El Presidente de la Junta de Andalucía ostenta la máxima representación de la Comunidad Autónoma. Entre sus funciones figuran dirigir y coordinar la actividad del Consejo de Gobierno, coordinar la Administración de la Comunidad Autónoma y organizar las diferentes Consejerías.

El **Consejo de Gobierno** de Andalucía es el órgano colegiado que ostenta y ejerce las funciones ejecutivas y administrativas de la Junta de Andalucía. El Gobierno también cuenta con delegaciones en cada una de las ocho provincias de la Comunidad, además de una subdelegación en la comarca del Campo de Gibraltar con sede en la ciudad de Algeciras. Fuera del territorio andaluz, la Junta dispone de dos oficinas exteriores, una en Madrid y otra en Bruselas.



## 2. Marco sanitario general del Sistema Nacional de Salud

En el sector sanitario, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece las bases ordenadoras para la creación del **Sistema Nacional de Salud**, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados, los cuales integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales, y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma. Este marco legal se completa con la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que faculta a las distintas Administraciones Públicas, dentro del ámbito de sus competencias, a adoptar medidas de intervención sanitaria excepcionales cuando así lo exijan razones de urgencia o necesidad; la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, que tiene por objeto el garantizar la existencia y disponibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, la adecuada información sobre los mismos y las condiciones básicas de la prestación farmacéutica en el conjunto del Sistema Nacional de Salud; la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud; la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, y, más recientemente, con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de Salud Pública.

## 3. Descentralización sanitaria hacia Andalucía

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su Estatuto de Autonomía en 1981<sup>1</sup> (Estatuto de Autonomía para Andalucía reformado en 2006), que fue desarrollado a través de un proceso de transferencias de competencias sanitarias desde el Estado a la Comunidad Autónoma y complementado a su vez con un proceso de integración de redes asistenciales públicas dependientes de otras Administraciones con implantación en Andalucía.

El desarrollo del proceso de transferencias en Andalucía se inicia en 1981<sup>2</sup> asumiendo las competencias en materia de sanidad e higiene, anteriormente dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo; la gestión de la red sanitaria de la Seguridad Social, anteriormente gestionada por el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), se alcanza en el año 1984<sup>3</sup>; un año después las competencias de Centros Sanitarios dependientes del Ministerio de Sanidad y Consumo y gestionados por la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA)<sup>4</sup>; y produciéndose el traspaso de las funciones y servicios en materia de asistencia sanitaria del Instituto Social de la Marina en el 2004<sup>5</sup>.

Las competencias sanitarias de la Junta de Andalucía vienen definidas por los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, que respectivamente, confieren a la Comunidad, competencia exclusiva en materia de Sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la Legislación básica del Estado en materias de sanidad interior.

<sup>1</sup> Las competencias sanitarias de la Junta de Andalucía vienen definidas por los artículos 13.21 y 20.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, que respectivamente, confieren a la Comunidad, competencia exclusiva en materia de Sanidad e higiene, sin perjuicio de lo establecido por el artículo 149.1.16 de la Constitución Española, así como el desarrollo legislativo y la ejecución de la Legislación básica del Estado en materias de sanidad interior.

<sup>2</sup> Real Decreto 1118/1981, de 24 de Abril

<sup>3</sup> Real Decreto 400/1984, de 22 de Febrero

<sup>4</sup> Real Decreto 1713/1985, de 1 de Agosto

<sup>5</sup> Real Decreto 1784/2004, de 30 de Julio

#### 4. Marco normativo sanitario propio

La **Ley 2/1998**, de 15 de junio, de **Salud de Andalucía** como marco jurídico del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tiene como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía, todo ello bajo los principios de 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 los ciudadanos y de los profesionales y mejora de la calidad en los servicios.

Este marco normativo en Andalucía se ha ido complementando a lo largo de los años destacando, la Ley 5/2003, de 9 de octubre, de **declaración de voluntad vital anticipada**, que regula, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Andalucía, la declaración de voluntad vital anticipada, como cauce del ejercicio por la persona de su derecho a decidir sobre las actuaciones sanitarias de que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento no goce de capacidad para consentir por sí misma; la Ley 7/2003, de 20 de octubre, por la que se regula la **investigación en Andalucía con preembriones humanos no viables** para la fecundación in Vitro; la Ley 1/2007, de 16 de marzo, por la que se regula la **investigación en reprogramación celular con finalidad exclusivamente terapéutica**; los decretos que regulan la **libre elección** de médico especialista y de hospital, y de médico general y pediatría (Decreto 128/1997, de 6 de mayo y Decreto 128/1997, de 6 de mayo, respectivamente); el Decreto 127/2003, de 13 de mayo, por el que se establece el ejercicio de **derecho a la segunda opinión médica** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; los decretos de **garantía de plazo de respuesta** quirúrgica (Decreto 209/2001, de 18 de septiembre) y en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 96/2004, de 9 de marzo); y en los dos últimos años, la Ley 2/2010, de 8 de abril, de **Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte** y La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de **Salud Pública de Andalucía** que tiene como objetivo continuar mejorando la salud de la población desde una nueva perspectiva en la que primarán las políticas de protección y promoción de la salud.

#### 5. Consejería de Salud

La **Consejería de Salud** es el órgano de la Administración de la Junta de Andalucía responsable de las directrices de la política de salud y de la alta dirección de los organismos directamente responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma, configurados bajo la denominación de **Sistema Sanitario Público de Andalucía**<sup>6</sup>.

La Consejería de Salud se organiza sobre la base de separar lo que son competencias propias de la Autoridad Sanitaria, de lo que son competencias propias de gestión y prestación de los servicios sanitarios, que se ejercen a través de un conjunto de organismos y entidades públicas que, manteniendo el grado de autonomía que le confieren sus propias normas de creación, dependen directamente de la Consejería de Salud. Tiene la responsabilidad directa en la determinación de las directrices de la política de salud, la salud pública, la planificación sanitaria, la garantía de la cobertura y aseguramiento de los ciudadanos, la financiación sanitaria, la ordenación farmacéutica y la política de concertos con otras entidades sanitarias. Junto a éstas, ejerce la dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, garantizando así la integridad de las actuaciones y la integración del Sistema Sanitario bajo directrices de política sanitaria comunes.

En la actualidad están adscritos a la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud<sup>7</sup>, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias<sup>8</sup>, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol<sup>9</sup> y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Junto a éstas, existen otras entidades públicas dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a la Consejería de Salud, cuya finalidad no es la prestación directa de servicios sanitarios, sino que están especializadas en otros ámbitos funcionales que son competencia completa o compartida por la Consejería. Se trata de: la Escuela Andaluza de Salud Pública; la Fundación Progreso y Salud; la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, la Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, e IAVANTE.

Como órgano de participación social de ámbito regional la Consejería de Salud dispone del Consejo Andaluz de Salud. En este órgano colegiado se encuentran representadas las Organizaciones sociales y empresariales de Andalucía, los Municipios y Provincias, los Colegios Profesionales y las Organizaciones de

consumidores y usuarios de Andalucía. Su regulación está contenida en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, y su desarrollo normativo se contiene en el Decreto 109/1993.

Como órgano de asesoramiento directo a la Consejera de Salud, existe el Consejo Asesor de Salud de Andalucía, creado por Decreto 121/1997 de 22 de Abril, cuya misión es asesorar a la Consejera en las implicaciones sociales, económicas, éticas, científicas, y jurídicas de todos los aspectos relacionados con la sanidad andaluza, estando formado por profesionales de reconocido prestigio en estas áreas y con amplia experiencia personal y profesional.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía constituye no solo una amplia red de servicios a la población, sino también un factor generador de riqueza que contribuye al crecimiento económico y al empleo en Andalucía, manteniendo, a la vez, uno de los pilares básicos de nuestro Estado de Bienestar como elemento de solidaridad y cohesión en nuestra sociedad.

## 6. Misión y valores del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La misión del Sistema Sanitario Público de Andalucía es la siguiente: (1) contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población; (2) proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población; (3) asegurar el valor de los recursos; y (4) generar y gestionar el conocimiento.

Por otra parte, los valores que definen y guían la actuación organizativa del Sistema Sanitario Público de Andalucía, son los que se enumeran a continuación: Universalidad, Equidad, Sostenibilidad, Transparencia, Innovación, Enfoque preventivo y de promoción, Compromiso con la calidad, Accesibilidad, Satisfacción ciudadana, Personalización, Participación, Trabajo en equipo, Reconocimiento profesional, Corresponsabilidad, Servicio público.

<sup>6</sup> Concebido en el título VII de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas.

<sup>7</sup> El **Servicio Andaluz de Salud (SAS)** fue creado por la Ley 6/1986 de 6 de mayo y es responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud, formando parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Está adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía según lo previsto en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. Durante el proceso seguido para la integración de redes asistenciales destaca la incorporación al SAS de los ocho Hospitales Generales dependientes de las respectivas Diputaciones provinciales de Andalucía; las competencias y recursos asistenciales de Salud Mental y antiguos Hospitales psiquiátricos dependientes de las respectivas Diputaciones provinciales; Hospitales Municipales, dependientes de las respectivas Corporaciones Locales; y los Hospitales de la Cruz Roja de Almería, Algeciras, y Málaga.

<sup>8</sup> La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias fue creada en 1994 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía siguiendo la **Ley 2/1994** de 24 de marzo de creación de empresa, así como el **Decreto 88/1994** de 19 de abril por el que se aprueban sus Estatutos de Funcionamiento, para prestar asistencia a las emergencias sanitarias en toda la Comunidad Autónoma andaluza.

<sup>9</sup> La Ley 1/2011, de 17 de febrero de reordenación del sector público de Andalucía establece que el objeto de la **Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol** será: la coordinación de la gestión de los servicios sanitarios de las agencias públicas empresariales que se le adscriban -Empresa Pública "Hospital de Poniente de Almería", Empresa Pública "Hospital Alto Guadalquivir", Empresa Pública Sanitaria "Bajo Guadalquivir"; la gestión del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) y la gestión de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución que se establezcan en la provincia de Málaga, coordinando sus servicios y recursos con los restantes centros sanitarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## 7. Organización general del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía presta servicios de cobertura universal. La cobertura, que ya de facto era universal para los residentes en el territorio, se universalizó en su derecho de acceso a la asistencia sanitaria universal por la reciente Ley 33/2011, general de Salud Pública. Los servicios sanitarios en Andalucía son de provisión gratuita en el momento de acceso, y se financian por impuestos generales.

**Atención primaria de salud.** Es el primer nivel de atención. Integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria, estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en ese ámbito. Existen actualmente 1.514 centros de atención primaria de salud, de manera que todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar.

**Atención hospitalaria.** Es el segundo nivel de atención. Atiende los pacientes que precisan de hospitalización, dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos. El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta con 83 centros de atención especializada: 36 centros de especialidades de consultas externas y 47 hospitales públicos (29 hospitales del Servicio Andaluz de Salud; 6 hospitales públicos gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión pública de la Consejería de Salud; y 12 hospitales públicos de alta resolución de la Consejería de Salud)<sup>10</sup>.

Existen nueve Áreas de Gestión Sanitaria, modelo de organización que gestiona forma unitaria los niveles de Atención Primaria y de Hospitalaria, en una demarcación territorial específica. Aunque este modelo no está extendido a la totalidad del territorio, estando presente en mayor medida más en las demarcaciones no urbanas o de ciudades medias.

**Organizaciones específicas.** Existen algunas organizaciones específicas para la gestión de determinados servicios, dadas sus peculiaridades: Centros de Transfusión Sanguínea; Programa de Salud Mental; Coordinación Autonómica de Trasplantes; y Atención a Urgencias y Emergencias.

Aunque la provisión sanitaria es mayoritariamente de titularidad pública (totalmente en el ámbito de la atención primaria), en el ámbito de la atención especializada existen en Andalucía conciertos suscritos con 17 hospitales pertenecientes a distintas entidades privadas, para prestar determinados servicios especializados hospitalarios complementarios.

<sup>10</sup> Hay que añadir otro hospital público en Andalucía, psiquiátrico penitenciario, con lo que el total de hospitales públicos en Andalucía es de 48.

## II. LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SU ESTRUCTURA DE PROVISIÓN

### 1. Datos básicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía es una organización de un considerable tamaño. Está integrada por 102.000 profesionales, representando el 3,6% del total de la población ocupada de Andalucía. En la composición de su plantilla, más del 90% del total ocupa su plaza establemente y en propiedad como empleados públicos. En cuanto al presupuesto, Andalucía destina (2011) a salud 9.390 millones de euros, lo que equivale a uno de cada tres euros del presupuesto total de la Junta de Andalucía, representando el 7,19 % del PIB andaluz (2009).

Tiene una red de 1.514 centros de atención primaria, de los que 402 son centros de salud y el resto consultorios locales y auxiliares. Y una red de 83 centros de atención especializada hospitalaria, de los que 48 son hospitales públicos y el resto, centros de consultas externas especializadas.

A lo largo de los años Andalucía ha ido desarrollando un Sistema Sanitario Público que se ha consolidado como el garante del derecho de los ciudadanos a la protección de la salud, de forma universalizada y equitativa, sin que nadie pueda verse discriminado por razones económicas, sociales, raciales, geográficas o por cualquier otra circunstancia.

La atención sanitaria prestada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía a la población con derecho a cobertura sanitaria pública es llevada a cabo por el Servicio Andaluz de Salud, como principal proveedor, las Empresas Públicas Sanitarias adscritas a la Consejería de Salud y los Centros Concertados por la misma.

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos, agrupada en las siguientes estructuras de gestión: distritos de atención primaria, hospitales, áreas de gestión sanitaria y centros de transfusión sanguínea.

### 2. Atención primaria de salud

Los servicios de **atención primaria de salud**, se organizan de acuerdo al Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, BOJA nº 140, de 17 de julio de 2007. Están organizados en distritos de atención primaria integrados a su vez por demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican los centros de atención primaria, en los que se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía.

Los distritos de atención primaria, constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación la docencia e investigación. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía se han constituido 24 distritos de atención primaria. La zona básica de salud es el marco territorial para la prestación de la atención primaria de salud, de acceso directo de la población, en la que se proporciona una asistencia sanitaria básica e integral. Existen 1.514 centros sanitarios de atención primaria (centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares), de manera que todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar. Además existen 369 Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria, junto con 120 Equipos Móviles para atención de urgencias.

En 2010 en los centros de atención primaria de Andalucía había un total de 5.569 médicos de familia, 5.334 personal Diplomado Universitario en Enfermería (DUE) y 1.082 pediatras.

Durante ese periodo se realizaron 44.952.513 consultas de medicina de familia de las cuales 796.457 fueron en domicilio; 7.173.886 consultas de pediatría mayoritariamente atendidas en el centro; 23.946.986 consultas de enfermería de familia (3.417.149 en domicilio) y 5.795.886 urgencias médicas. Además se atendieron 442.179 consultas por los trabajadores sociales; 808.556 consultas de odontología; 248.885 intervenciones de cirugía menor; y 1.540.200 de placas radiológicas.

En cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de atención primaria el 91,9% explicitan

estas “satisfechos o muy satisfechos” con la asistencia recibida.

### 3. Atención hospitalaria

La atención hospitalaria, como segundo nivel de atención definido en la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria.

El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 29 centros hospitalarios (10 de ellos, se encuentran integrados en las correspondientes Áreas de Gestión Sanitaria), distribuidos por toda la geografía andaluza. Los restantes 19 hospitales públicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía son cuatro centros hospitalarios gestionados por Empresas Públicas (H. Costa del Sol, H. Poniente, H. Montilla, H. Andujar); una red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución (13 centros en 2011<sup>11</sup>) en los que se realiza cirugía mayor ambulatoria, con aplicación de técnicas poco invasivas, y consultas por acto único que posibilitan que en una misma visita se le practiquen al paciente las pruebas necesarias y se le prescriba el tratamiento adecuado; un hospital psiquiátrico penitenciario; y un hospital Consorcio Sanitario Público (H. Bormujos - Aljarafe). A ello habría que añadir además los recursos ligados a los conciertos suscritos por la Consejería de Salud con 17 centros hospitalarios concertados, pertenecientes a distintas entidades privadas, para determinados servicios especializados, de carácter complementario a los servicios prestados por los centros hospitalarios de titularidad pública.

Existen nueve Áreas de Gestión Sanitaria, modelo de organización de gestión unitaria de los niveles de Atención Primaria y Hospitalaria, en una demarcación territorial específica.

En 2010 la plantilla médica en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía estaba integrada por 9.335 médicos de hospitales del Servicio Andaluz de Salud, 3.290 médicos especialistas en formación, y 1.410 médicos de hospitales empresas públicas, incluido el personal médico de emergencias sanitarias. El personal de enfermería estaba compuesto por 16.229 en hospitales del Servicio Andaluz de Salud y 1.665 en hospitales agencias sanitarias públicas y en la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

Durante el 2010 los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía han atendido 568.309 altas con una estancia media de 7,30 días; 11.122.471 consultas de especialidades y 3.784.881 urgencias. Se realizaron 479.693 intervenciones quirúrgicas de las cuales 203.654 se resolvieron por cirugía mayor sin ingreso (CMA). El 89,4 % de los usuarios en los hospitales en 2010 expresaron estar “satisfechos o muy satisfechos” con la atención recibida.

En lo que se refiere a la red de **centros de transfusión sanguínea** del Servicio Andaluz de Salud, es la estructura encargada de la obtención, procesamiento y suministro de unidades de sangre y derivados sanguíneos para la cobertura de las necesidades de transfusión de los hospitales andaluces. Como tal, es responsable del suministro de sangre y derivados sanguíneos de todos los hospitales públicos y privados de la Comunidad Autónoma. Además, los centros de transfusión constituyen (desde 1997), Bancos Sectoriales de Tejidos, encargados del estudio, preparación y conservación de los tejidos, tras su extracción y para posterior implante en los hospitales. Son uno por provincia, y a lo largo del 2010 los centros de transfusión sanguínea registraron 292.458 donaciones de sangre; 12.152 donaciones; 721 de plaquetas; 266.430 concentrados de hemáties; y 261.254 unidades de plasma. Además procesaron un total de 18.922 tejidos.

<sup>11</sup> Centros Hospitalarios de Alta Resolución de El Toyo, Puente Genil, Valle del Guadiato, Guadix, Loja, Sierra de Segura, Alcaudete, Alcalá la Real, Benalmádena, Utrera, Écija, Morón, Sierra Norte.

#### 4. Otras entidades asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía

**Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).** La asistencia a las emergencias sanitarias en toda la Comunidad Autónoma andaluza es realizada por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Cuenta con recursos en cada una de las fases del proceso asistencial; desde la recepción de la llamada hasta el traslado al hospital de referencia, si procede. Cuenta además con 8 centros coordinadores, 30 equipos de emergencia terrestres (UVI Móvil), 5 equipos de emergencia aéreos, 5 Equipos de Coordinación Avanzada y una unidad de Soporte Vital Básico.

En el año 2010, los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias de EPES han recibido un total de 3.308.537 llamadas, a través de la línea 061 y el teléfono de urgencias sanitarias (902 505 061), así como por otros números de emergencias y las distintas líneas de transporte sanitario. Las solicitudes de asistencia se canalizan mayoritariamente a través del servicio 061 y el teléfono de urgencias sanitarias. Se han atendido 1.121.533 solicitudes de asistencia, activándose un recurso de emergencia en 77.971 de las mismas correspondientes a 63.803 pacientes.

**Salud Responde.** Es un Centro de Información y Servicios de la Consejería de Salud, de acceso multicanal al Sistema Sanitario Público de Andalucía, en funcionamiento desde 2003. Está gestionado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y el Servicio Andaluz de Salud, diseñado para satisfacer las necesidades de información y servicios de ciudadanos y profesionales sanitarios y disponible las 24 horas de todos los días del año en un teléfono único centralizado. Entre su cartera de servicios destaca la gestión y asignación online de citas médicas de atención primaria. Las citas médicas gestionadas y asignadas por Salud Responde en 2010 ascendieron a 13,5 millones de citas.

**Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM).** Es una entidad pública que, bajo la forma jurídica de fundación, asume las competencias compartidas por diferentes departamentos de la Junta en cuanto a la integración sociolaboral y residencial de los enfermos psiquiátricos crónicos, en íntima coordinación con los servicios de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud, con la finalidad de ofrecer una vida digna y socialmente integrada a estos pacientes. Su patronato está formado por la Consejería de Salud (que lo preside), la Consejería de Empleo, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social y la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía. Fue creada en 1993.

#### 5. Entidades de carácter no asistencial del Sistema Sanitario Público de Andalucía

**Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).** La Escuela Andaluza de Salud Pública, bajo la forma de Empresa Pública y dependiente de la Consejería de Salud, es un organismo que se responsabiliza de la docencia e investigación en materia de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Andalucía, además de desarrollar funciones de Asesoría y gestión directa de proyectos de Cooperación Internacional. Con sede en Granada, su cartera de servicios abarca no solo la Comunidad Autónoma, sino que presta servicios a Instituciones de todo el Estado. Ofrece acciones formativas en diferentes formatos, desde actividades residenciales en su sede hasta actividades concertables diseñadas a medida, tanto en los contenidos como el lugar de celebración. Otras áreas que desarrolla son las de investigación, cooperación y consultoría. La EASP ha formado en el periodo 2008-2010 a un total de 23.813 profesionales, con un número de cursos que ha ascendido a 1.091. Desde su creación en 1985 el número de profesionales formados en la EASP supera los 100.000.

**Iavante.** La Fundación IAVANTE con sede en el Complejo Multifuncional Avanzado de Simulación e Innovación Tecnológica, es una organización dependiente también de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que tiene como misión facilitar y promover el desarrollo y entrenamiento integral de profesionales sanitarios a través de las más innovadoras metodologías didácticas, entre las cuales se encuentra la simulación clínica; así como, impulsar la investigación e innovación en nuevas tecnologías de aplicación en el sistema sanitario, especialmente las basadas en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's). IAVANTE ha formado en el año 2010 a un total de 18.378 profesionales sanitarios a través de sus programas formativos. El número de cursos realizados ha sido de 1.084. Desde el inicio de su actividad en 2003 el número total de profesionales formados supera los 89.000.

**Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).** Bajo la forma jurídica de Fundación, esta Agencia pública se responsabiliza de los procesos de acreditación y de la evaluación de tecnologías sanitarias, con la finalidad de garantizar la calidad y mejora continuada de los servicios andaluces de salud. Sus objetivos fundamentales son incrementar la confianza de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y promover la mejora continua de los servicios que prestan las instituciones y profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Para conseguir esta finalidad, la ACSA se erige como la

entidad certificadora de los programas de acreditación de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, de formación continuada y de páginas web, buscando siempre la excelencia en la atención sanitaria y favoreciendo una cultura de la mejora continua en el sistema sanitario andaluz.

**Fundación Progreso y Salud (FPS).** Dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, es la entidad central de apoyo y gestión de la investigación del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se encarga de impulsar de forma efectiva la investigación e innovación en Salud en Andalucía. La articulación de la investigación biomédica en el Sistema Sanitario Público andaluz confiere a la FPS -en coordinación con las estructuras locales existentes- un papel facilitador, de apoyo, soporte, y puesta en común de servicios a los centros y grupos de investigación a lo largo de todo el proceso científico: desde el desarrollo de los recursos necesarios (infraestructuras, financiación, desarrollo y movilidad del talento...) a la puesta en marcha y realización efectiva de la producción científica (en metodología, gestión, etc.), hasta la transferencia de los resultados de las investigaciones a la industria y, tras ella, a la sociedad.

**Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.** Creada en 1996 con el objeto de unificar y potenciar los recursos dedicados por la administración sanitaria de la Junta de Andalucía a la investigación y al análisis de las tecnologías sanitarias, a fin de facilitar el establecimiento de prioridades en su utilización, con base en su valoración clínica, ética, económica y social, está integrada en la estructura de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y dispone de un Comité Asesor Científico compuesto por especialistas en diversas disciplinas clínicas y áreas relacionadas. Entre sus acciones más relevantes, están la elaboración de informes de evaluación, la realización de estudios de variabilidad en la práctica clínica y el proporcionar apoyo y respaldo científico al desarrollo de los procesos asistenciales y a las iniciativas de evaluación tecnológica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

## 6. Recursos financieros

En cuanto a los **recursos financieros**, las funciones propias de la Consejería de Salud junto con las de los organismos y entidades proveedoras de servicios sanitarios, se ven plasmadas en los presupuestos anuales de la Junta de Andalucía.

El presupuesto sanitario 2011 de la Comunidad Autónoma de Andalucía asciende a 9.389.717 millones, lo que representa un 31,06% del presupuesto global de la Junta de Andalucía, excluidas las operaciones financieras.

Los gastos de personal ascienden a 4.141,51 millones, lo que supone el 44,11% sobre el total de recursos. Los gastos en bienes corrientes y servicios, excluidos los gastos de concierto, ascienden a 1.800,83 millones, esto es un 19,18% del presupuesto. Los gastos en concierto sanitario ascienden a 429,49, un 4,57% del presupuesto. El presupuesto destinado a farmacia es de 2.019,91 millones, 21,51% del total. Las operaciones de capital ascienden en 2011 a 247 millones, el 2,63% del presupuesto.

De este presupuesto sanitario, el Servicio Andaluz de Salud, que es principal organismo de atención sanitaria en volumen, competencias y actuaciones y que está adscrito a la Consejería de Salud, concentra un presupuesto que asciende a 8.601 millones de euros, lo que supone más del 91% del presupuesto total de la Consejería de Salud.



### III. LAS PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE ORIENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

#### 1. Plan Andaluz de Salud

El Plan Andaluz de Salud es el principal instrumento de que se sirve el Gobierno andaluz para la dirección de su política sanitaria. Con carácter cuatrienal, expresa -en forma de objetivos a alcanzar y estrategias para su desarrollo- los principales compromisos que asume el ejecutivo andaluz en materia de salud y sirve de elemento director para la actuación sanitaria de todos los organismos y entidades responsables de la prestación de servicios.

En su **cuarta edición de este Plan**, el Gobierno Andaluz se compromete al desarrollo y aplicación de la estrategia de salud en todas las políticas, definiendo las actuaciones que cada uno de los sectores pueden aportar en la mejora de la salud. Supone la plasmación en medidas concretas de gran parte de lo incluido en la Ley de Salud Pública de Andalucía. Recoge compromisos en relación con la esperanza de vida en buena salud; la protección frente al cambio climático, la globalización y los riesgos alimentarios y ambientales emergentes; el desarrollo de los activos de salud; la gestión del conocimiento; la incorporación de las tecnologías; la reorientación de los servicios; el desarrollo del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la reducción de las desigualdades sociales en salud.

Para llevar a cabo las funciones de la Política Sanitaria en materia de salud pública, el Parlamento de Andalucía ha aprobado (diciembre 2011) la **Ley de Salud Pública de Andalucía**. Esta norma tiene como objetivo continuar mejorando la salud de la población desde una nueva perspectiva en la que primarán las políticas de protección y promoción. Introduce la visión de la salud colectiva como eje transversal de las políticas, da un paso en la visión de la salud, dejando atrás el carácter asistencial y abundando en la prevención y promoción; y apuesta por ésta como un valor, no sólo de la región, sino como la mejor herencia que se puede dejar a las generaciones venideras. Además, garantiza derechos colectivos y establece responsabilidades de la población respecto a la salud colectiva.

#### 2. Plan de Calidad

Andalucía comenzó hace una década a desarrollar, de manera explícita, una estrategia de calidad al haber sido considerada un elemento inherente a la propia concepción de servicio público y de sistema sanitario. Desde el principio, la calidad fue asumida como un valor imprescindible y una apuesta irrenunciable, que conllevaría, a largo plazo, un cambio cultural y estratégico en el seno de la organización sanitaria. Bajo este prisma, las estrategias puestas en marcha en la sanidad pública andaluza en el año 2000 inauguraron un modelo estratégico, materializado en un primer Plan, que entendía la calidad como un motor de profunda transformación de su sistema sanitario público, orientado fundamentalmente al ciudadano. Con una clara vocación de continuidad y consolidación de las políticas de calidad y de las actuaciones desarrolladas con anterioridad, en 2005 se aprobó el II Plan de Calidad, esta vez desde una mirada focalizada en la participación de los profesionales y su desarrollo, en una búsqueda de equipos profesionales más cohesionados, responsables y comprometidos.

En 2010 quedó aprobada la estrategia de calidad contenida en el **III Plan de Calidad 2010-2014** de la Consejería de Salud. Esta actualización del Plan se define en torno a tres escenarios: la Ciudadanía, y su posición que debe ocupar en un sistema sanitario que considera la participación, la autonomía en la toma de decisiones, la diversidad y la corresponsabilidad como valores que deben formar parte esencial nuestra organización y de nuestra sociedad en su conjunto. Los Profesionales, como elementos esenciales de las actuaciones en salud favoreciendo en el conjunto del sistema sanitario la generación de conocimiento, su transmisión, diseminación y aplicación, posibilitando un sistema de salud excelente que contribuya de forma aún más notable al desarrollo social y al crecimiento económico de Andalucía. Y como tercer escenario el Espacio Compartido, donde se produce el encuentro entre pacientes y profesionales sanitarios, donde se originan las actuaciones clínicas a partir de la relación entre la persona con un problema de salud o una necesidad de atención y el equipo profesional.

### 3. Planes Integrales y otras Estrategias de Salud

Los Planes Integrales de Salud se dirigen al abordaje de problemas de salud importantes por su frecuencia o gravedad, con el objeto de mejorar la atención a estos procesos y los resultados en salud de la población, ajustando las expectativas y oferta de servicios, aumentando la seguridad y efectividad en la práctica clínica, mejorando la disponibilidad de información, dando de este modo coherencia a las prioridades de atención sanitaria.

Con cada Plan Integral, la Consejería de Salud: identifica un problema relevante; lo analiza junto con sus agentes causales; define intervenciones recomendables; desarrolla actividades de prevención, educación y promoción de la salud, de organización de servicios, de formación e investigación, entre otras; y establece los mecanismos de seguimiento y evaluación.

En este marco, se han definido hasta ahora un total **12 Planes Integrales de Salud, y Estrategias**, dirigidos a la mejora de la prestación asistencial:

- Diabetes
- Obesidad infantil
- Tabaquismo
- Urgencias y emergencias
- Cardiopatías
- Salud mental
- Oncología
- Atención a la accidentabilidad
- Seguridad del paciente
- Estrategia de cuidados
- Cuidados paliativos
- Atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas

### 4. Procesos Asistenciales Integrados

La **Gestión por Procesos Asistenciales** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de Calidad Total, procurando asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el proceso asistencial en sí mismo. Se centra, por tanto, en cuatro elementos fundamentales: el enfoque centrado en el usuario; la implicación de los profesionales; el sustento en la mejor práctica clínica; y el desarrollo de un sistema de información integrado.

La gestión por procesos que se plantea desde Andalucía incluye además un elemento de sustancial importancia, la continuidad de la atención, dirigida a procurar una entrega de servicios única y coordinada. Así, la gestión integral de procesos se basa en la visión del proceso como el devenir del paciente a través del sistema sanitario y en su deseo de conseguir una atención y respuesta única a sus necesidades y problemas de salud. Trata de ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas de los destinatarios de los mismos, es decir, de los ciudadanos y ciudadanas, potenciando un papel más activo en su proceso de atención y recuperación, favoreciendo su papel de cuidador y articulando, más aún si cabe, espacios para el diálogo con las asociaciones de pacientes.

En particular, el modelo de atención sanitaria basada en la gestión por procesos se sustenta en los siguientes principios básicos: la potenciación y desarrollo de la Gestión Clínica; la orientación de las acciones para garantizar el acceso a los recursos sanitarios en igualdad de oportunidades; la consideración de la persona como sujeto activo de su proceso de atención y recuperación; la personalización de la asistencia; el enfoque de recuperación del proyecto vital de la persona y su incorporación social; la continuidad asistencial; la gestión por competencias como elemento integrador de las estrategias de gestión de profesionales; la evaluación y la mejora continua; el desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) actuales y futuras para facilitar la interacción de la ciudadanía con el Sistema Sanitario Público de Andalucía; y la modernización e innovación de los procesos asistenciales definidos.

Bajo este enfoque, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, ha desarrollado hasta la fecha **66 procesos asistenciales integrados, 5 procesos de soporte, 10 guías de información para pacientes y 2 instrumentos de ayuda para la toma de decisiones** dirigidos a pacientes oncológicos.

## 5. Gestión Clínica

La Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se configura como un modelo organizativo centrado en la persona, basada en una red distribuida de espacios organizativos de ámbito multiprofesional, que permite dotar a los profesionales de mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos. El objetivo fundamental de la Gestión Clínica se centra en prestar una atención sanitaria integral y de alta calidad, en espacios compartidos que cuentan con la participación efectiva de los ciudadanos y en los que los profesionales sanitarios se integran en equipos multidisciplinares, en el seno de uno o varios centros asistenciales, enlazando las necesidades de salud de la ciudadanía y las expectativas legítimas de los profesionales.

La **Unidad de Gestión Clínica**, es la estructura organizativa en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Es el entorno donde el equipo multidisciplinar, aborda de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión de la ciudadanía, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo de procesos asistenciales integrados.

En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan: fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros, reforzar la continuidad asistencial entre ambos niveles de atención, mejorar la organización del trabajo y elevar la satisfacción de los pacientes.

Tras una década de desarrollo e implantación de este modelo organizativo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en la actualidad el 95% de los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía trabaja ya bajo el modelo de Unidad de Gestión Clínica. Los datos de las Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía son notables pues el sistema cuenta ya con 273 Unidades de Gestión Clínica acreditadas, de las cuales 152 son de atención primaria y 121 de atención hospitalaria. El modelo de Gestión Clínica permite adaptar los centros sanitarios a los cambios que se vienen produciendo en los últimos años, entre los que se encuentran la ampliación de la cartera de servicios, la incorporación de nuevas categorías profesionales y la descentralización de medios diagnósticos y tecnológicos. Igualmente, establecen un plan de formación personalizado para los profesionales que trabajen en esa unidad y promueven la participación efectiva de los ciudadanos. El número total de Unidades de Gestión Clínica asciende a 1.008.

## 6. Investigación e innovación en salud

Uno de los objetivos estratégicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es reforzar, en el seno del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la generación de conocimiento potenciando, de forma específica, la investigación en salud. Avanzar en el conocimiento, en la comprensión del curso de las enfermedades, puede generar innovación en técnicas y tecnologías sanitarias y en nuevos medicamentos y terapias, lo que contribuye indudablemente a lograr mejoras para la salud de la ciudadanía.

En este proceso de generación de conocimiento juega un papel esencial la investigación biomédica, entendida como la convergencia entre la investigación básica y clínica, la epidemiológica y la bioingeniería. Andalucía ha realizado, en los últimos años, una apuesta decidida por la investigación biomédica, en el marco de la política de innovación y modernización de Andalucía.

Andalucía trabaja desde 2003 con esta nueva visión cuando el Gobierno andaluz apostó por la investigación con células madre y generó un marco legal que permitió también el inicio de este tipo de actuaciones a nivel nacional. Gracias a ello, Andalucía cuenta con una **normativa propia** que se encuentra entre las más avanzadas del mundo y que incluye tres leyes específicas: investigación con células madre embrionarias, reprogramación celular y genética. A partir de ahí y en apenas ocho años, la Junta de Andalucía ha ido elaborando un espacio de actuación propicio para la investigación biomédica, aportando a la sociedad andaluza todos los recursos necesarios en infraestructuras, capital humano, servicios innovadores y avances en genética, genómica e investigación traslacional para que los andaluces tengan acceso equitativo a potenciales nuevos procedimientos diagnósticos y tratamientos que contribuyan a salvar vidas y paliar enfermedades con terapias avanzadas, todo ello favoreciendo la transferencia del conocimiento en colaboración con el ámbito empresarial.

En este marco, la Estrategia y Plan de Actuación 2010-2015 de la **Iniciativa Andaluza de Terapias Avan-**

**zadas**, tiene tres líneas de trabajo que la desarrollan, Terapia Celular y Medicina Regenerativa; Genética Clínica y Medicina Genómica; y Nanomedicina.

En este sentido, en Andalucía se está concluyendo una potente red de infraestructuras, que suponen más de 53.000 metros cuadrados destinados en exclusiva a la investigación. Como centros investigadores de referencia creados, se citan el Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER), en Sevilla; el Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO), en Granada; el Centro Andaluz de Nanomedicina y Biotecnología (BIONAND), de Málaga; el Centro Andaluz de Secuenciación Genómica Humana (CASEGH); IBIS Instituto de investigación biomédica de Sevilla; IMIBIC Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba; así como los centros ligados al Biobanco de Andalucía (Banco de Células Madre; Banco andaluz de Cordón Umbilical, Banco de ADN humano en Andalucía, etc.)

De acuerdo con los objetivos de gestión del conocimiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Consejería de Salud ha impulsado un nuevo abordaje de las estrategias de investigación en salud, articulándolas a través de un Plan sectorial orientado a cerrar el círculo de la generación y captación del conocimiento y su conversión en innovación. Así, la estructura del **Plan Estratégico de I+D+i** vigente responde a la articulación de la I+D+i en Salud en su triple perspectiva: los recursos, la producción y la transferencia de los resultados de la investigación, sobre la cual se proyectan diez líneas estratégicas que marcarán las acciones en cada una de las etapas del proceso.

Con estas iniciativas, se crean unas condiciones de excelencia investigadora que permita convertir a Andalucía en una biorregión competitiva en el marco de la investigación e innovación en Salud de la Unión Europea. Esta cualidad va a propiciar importantes avances en prevención, diagnóstico y tratamiento, al servicio de la salud de la ciudadanía y de su calidad de vida.

## 7. Nuevas tecnologías

La aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en salud han situado a Andalucía en una posición muy ventajosa dentro del Sistema Nacional de Salud al contar con el más amplio desarrollo de estas nuevas tecnologías aplicadas a la sanidad. Prueba de esta posición avanzada es la elección de Andalucía para diseñar la receta electrónica europea en el marco del proyecto europeo EpSos y para liderar un proyecto europeo destinado a pilotar portales de e-Salud para el ciudadano.

El Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria - **Diraya** es la base sobre la que se ha establecido la e-salud en Andalucía y ha permitido el desarrollo de la historia de salud digital, la receta electrónica, la petición de cita previa a través de Internet o Salud Responde, así como el módulo de pruebas analíticas, entre otras prestaciones. Diraya ha permitido que las nuevas tecnologías estén plenamente integradas en la actividad asistencial del sistema sanitario público andaluz.

Así, por ejemplo, en materia de **historia de salud digital** y única en toda la atención primaria, en Andalucía todos los centros de este nivel de atención cuentan con acceso a la historia de salud digital única, lo que ha permitido acercarla a los habitantes de zonas rurales y pequeños núcleos de población. Solo en 2011 se registraron 39,6 millones de hojas de consulta. Además, la historia de salud digital es imprescindible para la prescripción de medicamentos mediante la receta electrónica, la derivación de pacientes a otros niveles asistenciales y gestiones administrativas como las relacionadas con incapacidades temporales.

En hospitales, la historia de salud digital se encuentra en extensión progresiva y ya está disponible también en todos los servicios de Urgencias de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y en el 98,35% de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias, a lo que se suma que el 69,86% dispone también de receta electrónica. La implantación completa se realizará antes de final de 2012. El modelo de historia de salud única también está implantado en el Área de Consultas Externas de los hospitales con acceso a Diraya.

En materia de **receta electrónica**, está extendida en toda la red de atención primaria y actualmente está implantándose en atención especializada. Se han emitido ya más de 300 millones de recetas electrónicas, que han supuesto una reducción del 20% en el número de consultas de atención primaria. Asimismo, su implantación en las consultas externas de los hospitales favorecerá reducir el número de consultas en los centros de salud, ya que los pacientes recibirán la prescripción a sus tratamientos desde la propia consulta hospitalaria, sin necesidad de pedir cita con el médico de familia.

## 8. Acreditación profesional

Una de las líneas esenciales de mejora continua del desempeño profesional y su efectividad, está centrada en el desarrollo del modelo de **Carrera Profesional** del Sistema Sanitario Público de Andalucía, basada en un proceso con carácter abierto y permanente torno a la acreditación de competencias profesionales. Este sistema está implantado en un 100% para los profesionales licenciados y diplomados sanitarios que voluntariamente lo soliciten, y siempre que cumplan los requisitos exigidos para el nivel solicitado. A finales de 2011 ya hay un total de 4.752 acreditados. Las Unidades de Gestión Clínica acreditadas por la Consejería de Salud son 273 Unidades de Gestión Clínica, de las cuales 152 son de atención primaria y 121 de atención hospitalaria.

El **programa de acreditación de competencias profesionales** y la carrera profesional contribuyen a la consecución de los objetivos generales, ya que solo pueden conseguirse si se cumplen determinados criterios objetivables de calidad, actividad y rendimiento. Las políticas de recursos humanos ligando objetivos de calidad a los incentivos profesionales, tienen notable impacto tanto sobre la calidad de la atención sanitaria que recibe el paciente, como en la motivación profesional, como en la eficiencia de la atención sanitaria agregada global. Las políticas de calidad en Andalucía han estandarizado y protocolizado las normas de calidad y actuaciones sobre la mayoría de los procesos asistenciales, disminuyendo la variabilidad de la atención.

Este programa está recogido normativamente en el Decreto 18/2007, de 23 de enero, por el que se regula el sistema de acreditación del nivel de la competencia profesional de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que ha permitido a los diferentes colectivos avanzar en su desarrollo competencial y carrera profesional.

## 9. Contrato Programa

El Contrato Programa es un instrumento que permite orientar a los proveedores sanitarios públicos sobre los criterios de actuación, basados en la demanda de servicios y en función de los objetivos de salud descritos en el Plan Andaluz de Salud y en los criterios del Plan de Calidad.

Así, el Contrato Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y con las agencias públicas empresariales y entidades de derecho público adscritas, tiene como misión hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, establece el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía. Su estructura y composición reflejan los objetivos prioritarios, los recursos disponibles, los plazos para alcanzar los objetivos y los indicadores que habrán de utilizarse para su evaluación. La firma del Contrato Programa representa no solo el compromiso de las instituciones para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos, sino también la implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de la ciudadanía andaluza.

El actual **Contrato Programa 2010-2013** de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud establece, en un horizonte cuatrienal, cinco ejes globales de actuación: la construcción de un sistema de salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones, más democrático y participativo; el impulso de la salud pública para mejorar la salud del conjunto de la ciudadanía; el establecimiento de una alianza con los profesionales del sistema sanitario para que sean protagonistas de los servicios de salud; la potenciación de la investigación biomédica; y el refuerzo de las infraestructuras y el equipamiento sanitario. En consonancia con las directrices establecidas en el Contrato Programa, el Servicio Andaluz de Salud desarrolla a su vez los Contratos Programa de sus centros sanitarios y los Acuerdos de Gestión de las Unidades de Gestión Clínica, trasladando a tales niveles de responsabilidad los contenidos del Contrato Programa firmado por el servicio regional de salud.

## 10. Estrategias de eficiencia

Un sistema sanitario eficiente y de alto valor tiene como objetivo maximizar la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles, garantizando al mismo tiempo que las inversiones adicionales proporcionen un valor adicional neto con el tiempo. Asegurar el valor de los recursos significa su uso de la manera más eficiente y efectiva posible, vinculando el concepto de calidad científico-técnica al concepto de eficiencia y de sostenibilidad, como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional.

Garantizando el mantenimiento de las prestaciones y la calidad en la atención sanitaria, Andalucía ha

puesto en marcha medidas que han incrementado la eficiencia, desarrollando un amplio programa de modernización en busca de una mayor calidad y eficiencia en todos sus ámbitos de su actuación. El Sistema Sanitario Público de Andalucía, en este sentido, ha experimentado una gran transformación en los últimos años implantando numerosas **medidas con efecto positivo sobre la eficiencia y el gasto** y cuyos beneficios sirven para reforzar las prestaciones, la calidad y contribuir a la financiación y sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto. Estas medidas pueden agruparse en:

- Eficiencia derivada de la transformación de actividades a entornos donde el coste es menor: de hospitalización convencional a unidades de día, etc.
- Eficiencia derivada de hacer un uso más racional de los recursos: medicamentos, cirugía, etc.
- Eficiencia derivada de mejoras en la gestión de procesos de soporte: compras a mejor precio, eficiencia energética, etc.
- Eficiencia derivada de una mayor implicación de los profesionales en la gestión.
- Eficiencia, o ingresos generados, derivados de la i+D+I.

Ejemplos de ello han sido los resultados en términos de eficiencia obtenidos por la cirugía mayor ambulatoria, frente a la cirugía con ingresos; la implantación del modelo de consultas de alta resolución; la implantación de la receta electrónica; los programas de uso racional de los medicamentos; las políticas de calidad y procesos asistenciales; las políticas de compras; la inversión en investigación y desarrollo y retornos en propiedad industrial e intelectual; entre otras medidas implantadas.

## Anexo III. Aspectos Sociodemográficos de Andalucía

### I. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA EN ANDALUCÍA

#### 1. Población

Según el Padrón Municipal de Habitantes del Instituto Nacional de Estadística, la población de derecho en Andalucía se cifra, a 1 de enero de 2010, en 8.370.975 personas. Andalucía es la región más poblada de España, representando el 17,8% del total nacional, el 2,5% de la población en la Eurozona y el 1,7% de la Unión Europea.

Andalucía cuenta con más habitantes que algunos países europeos, como Austria, Bulgaria, Dinamarca o Irlanda y es solo ligeramente inferior a otros países como Portugal, Bélgica o Suecia.

En Andalucía más de la mitad de la población son mujeres (50,5%), al igual que a nivel nacional (50,6%). La población andaluza se caracteriza por ser relativamente más joven que la española y la europea, representando la población menor de 15 años el 16,3% sobre el total, frente a un 14,8% en España, y un 15,4% en la Zona Euro. Por el contrario, la población con una edad más avanzada, de 65 años y más, posee un menor peso relativo en Andalucía que a nivel nacional y europeo, en concreto el 14,9% sobre el total, frente al 16,9% en España y 18,3% en la Zona Euro.

Andalucía tiene una superficie de 87.597,69 kilómetros cuadrados. La densidad media de población en 2010 es de 95,6 habitantes por Km<sup>2</sup>, por encima de la densidad media en España (92,9 habitantes por Km<sup>2</sup>), aunque significativamente más baja que la de la UE27 (116,3 habitantes por Km<sup>2</sup>) y la de la Zona Euro (127,9 habitantes por Km<sup>2</sup>).

La distribución geográfica de la población muestra tres situaciones bien diferenciadas. Una progresiva concentración de los efectivos demográficos en el litoral y las grandes ciudades y áreas metropolitanas; un crecimiento moderado pero menor que la media regional en las comarcas interiores del Valle del Guadalquivir y las hoyas béticas; y, finalmente, un descenso de la población en un numeroso grupo de municipios de las zonas montañosas de la región como Sierra Morena, Serranía rondeña, Alpujarras o Cazorla y Segura. Los centros regionales, las grandes ciudades y sus áreas metropolitanas, acogen al 55% de la población, pero es sobre todo en el sistema de ciudades litorales donde se producen los más rápidos crecimientos.

## 2. Comportamiento demográfico

En cuanto a los indicadores de fecundidad de Andalucía destaca el progresivo descenso del número medio de hijos por mujer (1,43 en 2010); el aumento de la edad media de la maternidad (30,7 en el mismo año); y el creciente porcentaje que representan los nacimientos de madre extranjera (que significan el 12% de los nacimientos totales).

El aumento de la esperanza de vida al nacer combinado con el descenso de la natalidad, provoca un progresivo envejecimiento global de la población. Este hecho se intensifica particularmente en las zonas rurales y de montaña andaluzas, debido a los procesos migratorios que han afectado, sobre todo, a los segmentos más jóvenes de la población.

Respecto a la distribución por la geografía regional de los indicadores demográficos de natalidad y mortalidad se observan contrastes importantes: en las zonas de montaña se concentran altas tasas relativas de mortalidad, por encima de la media regional, donde igualmente se registran las menores tasas de natalidad; por el contrario, en áreas metropolitanas y el litoral, se observan poblaciones más jóvenes, y donde la inmigración desempeña un papel cada vez más decisivo en el comportamiento demográfico global.

En el momento actual, el factor más determinante del comportamiento demográfico en Andalucía es el proceso de inmigración. En 2010, la población extranjera se cifra en 704.056 residentes, un 8% del total, distinguiéndose en términos generales dos grupos diferenciados: por un lado, la población procedente de África, América Latina y países del este europeo (edad media joven y en busca de trabajo en los sectores agrícolas y de servicios); por otro, la procedente de los países europeos más desarrollados, de mayor edad y con motivaciones más diversificadas en el hecho migratorio.

Según las proyecciones realizadas por Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, la población andaluza seguirá creciendo en el corto plazo, si bien se espera una significativa moderación del ritmo de crecimiento. El escenario más bajo calcula una población de 8.389.000 habitantes para el año 2020. En el caso de mayor crecimiento esperado, la cifra de población alcanzaría los 8.676.000 habitantes para la misma fecha. El número de mayores de 65 años crece de forma importante en todos esos escenarios, debido al incremento de la esperanza de vida y la llegada por ello a esas edades de cohortes generacionales numerosas.

## 3. Producto interior bruto

En los últimos 30 años de autonomía, y gracias a las reformas estructurales emprendidas, Andalucía ha experimentado una profunda transformación socioeconómica, que le ha permitido avanzar en el proceso de convergencia con las economías de referencia, España y la Unión Europea. Reformas, que han abarcado a la estructura productiva, las infraestructuras, la capacidad emprendedora, la formación y educación, y la competitividad, entre otros aspectos.

Así pues, la economía andaluza es la tercera economía de España en cuanto al tamaño de su Producto Interior Bruto (PIB). En términos nominales, en el 2010 el PIB se situó en 147.806 millones de euros, lo que represento el 13,9% del total nacional, y el 1,2% de la Unión Europea. El PIB per cápita se situó en 17.656,9 euros, el 78,1% de la media nacional frente al 54% al inicio de la autonomía.

## 4. Estructura productiva

Andalucía presenta, en estos momentos, una estructura productiva menos dependiente del sector primario, más terciarizada y con un sector industrial más orientado a sectores de mayor contenido tecnológico, como refleja el hecho de que entre 1987 y 2009, para el que se tiene información, el gasto en I+D se haya multiplicado por 14,9 en Andalucía, más que en el conjunto nacional (10,5) y europeo (3,7).

El **sector primario** ha ido decreciendo su peso relativo situándose en 2010 en el 4,6% del Valor Añadido Bruto (VAB) generado por el conjunto de los sectores productivos en Andalucía frente al 15,3% en 1981. No obstante, este sector sigue teniendo una gran importancia si lo comparamos con el resto de España puesto que en ese mismo año supuso casi la cuarta parte del sector nacional (23,8%).

Respecto al **sector industrial** se observa un relativo estancamiento, dentro del cual sigue teniendo gran importancia la industria agroalimentaria. Dentro del sector es la energía la que presenta un comportamiento más favorable. En términos corrientes, el valor añadido generado en el 2010 fue de 14.227,5



millones de euros, lo que representa el 10,6% del VAB total regional, y el 11,6% de la industria española. La energía supuso el 27,1% del total.

El sector de la **construcción** es el que ha experimentado un notable ajuste con un ritmo de caída más moderado en el año 2010 que en años anteriores. Supuso en ese año un descenso de su VAB en términos reales de 6,5%, prácticamente igual que en España (-6,3%), siendo también negativo el balance en la Zona Euro (-4,3%). No obstante, sigue manteniendo un importante peso en la estructura productiva andaluza, que en términos nominales fue de 14.557 millones de euros, lo que representa un 10,8% aún siendo el más bajo desde 2002.

El **sector servicios** destaca por el importante peso que ha ido adquiriendo durante las últimas décadas en la estructura productiva andaluza situándose en el 73,9% del VAB en 2010, frente al 60,8% en 1981. En términos nominales, el VAB alcanza la cifra de 99.324 millones de euros, lo que supone el 14,3% del generado por el sector en España, correspondiendo a los servicios de mercado casi las tres cuartas partes (72,9%) del mismo. Dentro de este sector es el turismo el subsector que mayor importancia ha adquirido. Según la Encuesta de Coyuntura Turística de Andalucía (ECTA) la Comunidad recibió 21,4 millones de turistas en 2010, cifra casi tres veces la población andaluza, con un gasto total de 11.617 millones de euros, lo que representa el 7,9% del PIB generado en la región.

## 5. Tejido empresarial

Según el Directorio Central de Empresas (DIRCE) del Instituto Nacional de Estadística, a 1 de enero de 2010 se contabilizaron en Andalucía 498.579 empresas de los sectores no agrarios (359.426 en 1999) configurándose como la tercera región, tras Cataluña y Madrid, con el tejido empresarial más amplio, concentrando el 15,1% del total de empresas de la economía española, porcentaje superior al que Andalucía tiene en la generación de PIB de España (13,9%, como se ha señalado anteriormente). La densidad empresarial situó en 60 empresas por cada 1.000 habitantes (70 en España).

## 6. Mercado de trabajo

Según la Encuesta de Población Activa, la tasa de actividad en Andalucía se situó en 2010 en un máximo histórico del 58,7% (50% en 2001) reduciéndose al mínimo de 1,3 puntos el diferencial con la media nacional (60% en 2010 y 53% en 2001), y superando la del conjunto de la Zona Euro, por tercer año consecutivo. Además, la tasa de actividad de las mujeres se situó por encima del 50%, por primera vez desde que se dispone de esta información. No obstante, la tasa de paro ha ido aumentando en estos últimos años hasta alcanzar el 28% de media en el 2010, la más alta desde 1998, con un diferencial de 8 puntos respecto a la media nacional.

## 7. Competitividad

Durante estas últimas décadas la economía andaluza ha ido ganando en competitividad con un mayor grado de internacionalización. Las exportaciones andaluzas se han multiplicado por 17,3 entre 1981 y 2010, significativamente por encima del aumento del comercio mundial (se ha multiplicado por 6,4), y de países relevantes como Japón (4,3) o Estados Unidos (4,5), lo que ha permitido ganar cuota de mercado. En 2010 las exportaciones de productos andaluces crecieron de manera muy significativa, con un incremento nominal del 27,6%, más de diez puntos superior a la media nacional (16,2%), alcanzando el máximo histórico anual de 18.471,8 millones de euros. Sin embargo, las importaciones, en un contexto de aumento del precio de las materias primas en los mercados internacionales, especialmente el petróleo, aumentaron un 28,5% (15,5% en España), determinaron un déficit de la balanza comercial de Andalucía con el extranjero del 3,2% del PIB generado en la región, por debajo, no obstante, de lo que supone el déficit comercial con el extranjero de la economía española (4,9% del PIB), y de los ratios que se habían registrado en años precedentes.

Además, el dinamismo de la capacidad emprendedora de Andalucía se ha manifestado con especial intensidad en el período autonómico, con la creación neta de 350.191 sociedades mercantiles entre 1981 y 2010, frente a las 15.916 creadas en los treinta años anteriores. Con ello, se ha alcanzado, a 1 de enero de 2010, casi el medio millón de empresas en Andalucía (498.579). Junto a esto, cabe destacar que la población andaluza ha incrementado sustancialmente sus niveles de formación y educación. En 1981 alrededor del 30% de la población de 16 o más años tenía formación cualificada (estudios secundarios y/o universitarios), es decir, 1.329.800 personas. En 2010, este porcentaje se ha más que duplicado alcanzando el 67,2% incluyendo 4,5 millones de personas.