



Eficiencia

## Eficiencia

El sector sanitario es un sector generador de riqueza y bienestar. Como ejemplo de ello pueden señalar, entre otros aspectos, el efecto dinamizador que tienen los centros sanitarios sobre la economía local y regional; los costes directos e indirectos que se evitan a la sociedad por la eficacia en salud de las medidas de prevención y promoción impulsadas, de los tratamientos aplicados y de las nuevas técnicas incorporadas; o la protección financiera que los sistemas sanitarios públicos ofrecen a los ciudadanos frente a los costes -elevados- que se derivan de una mala salud o de la enfermedad.

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 utilizarlos 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.

Es por ello que, para evaluar la eficiencia del Sistema Sanitario Público de Andalucía desde diferentes perspectivas, se han seleccionado un conjunto de indicadores relacionados con el dimensionamiento del gasto sanitario público, el uso más racional de los recursos, la resolución de procesos en entornos donde el coste es menor, el desarrollo de sistemas de información que posibilitan mejoras en la gestión de los procesos y la productividad de los profesionales. Todos ellos ofrecen una visión global del esfuerzo que se viene realizando en los últimos años por incrementar la eficiencia en el uso de los recursos, garantizando al tiempo el mantenimiento de las prestaciones y la calidad en la atención sanitaria. Esta información se completa con la valoración que los ciudadanos hacen de la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario público.

Así, la perspectiva de la eficiencia desde el punto de vista del **gasto sanitario público**, es ofrecida por indicadores que visualizan el gasto sanitario público de Andalucía sobre el PIB (2.1.a) y por persona protegida (2.1.b), la proporción del gasto que se destina a administración general (2.2), o indicadores que relacionan el gasto sanitario público con los niveles de actividad en los servicios primarios o especializados (2.11 y 2.12) o con resultados de efectividad (2.14). La evaluación de la eficiencia bajo el enfoque del **uso racional de los recursos** se focaliza en indicadores relacionados con el gasto farmacéutico (2.4) y la prescripción por principio activo (2.3). La incorporación de nuevos **sistemas de información** que fomentan la eficiencia en la gestión de los procesos, es visualizada mediante indicadores que muestran los costes y beneficios que se derivan de la implantación del Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria – Diraya (2.5 y 2.6). La perspectiva de la eficiencia, entendida tanto como la resolución de procesos en **entornos de menor coste** la ofrecen los indicadores de cirugía sin ingreso (2.8) y su contribución a la eficiencia en la actividad quirúrgica (2.9), como desde el punto de vista de la mejora de la **productividad** de los profesionales en términos de gestión de las bajas laborales ligadas a la incapacidad temporal (2.10). Finalmente, se incorporan indicadores que muestran la **opinión de los ciudadanos** sobre eficiencia de la atención sanitaria (2.7) y la sostenibilidad del coste de la sanidad pública (2.13).

Estos indicadores reflejan pues medidas puestas en marcha, con garantías para las prestaciones y la calidad del sistema, que han incrementado la eficiencia mediante la transformación de actividades sanitarias donde el coste es menor, haciendo un uso más racional de los recursos, o con una mayor implicación de los profesionales, o mejorando la gestión de procesos de soporte.



## EFICIENCIA

Código	Indicador
2.1.a.	Gasto sanitario público sobre el PIB. Andalucía, España e internacional, 2009.
2.1.b.	Gasto sanitario público por persona protegida. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2009.
2.2.	Gasto sanitario público "Gastos en administración general" sobre el gasto sanitario público. Andalucía, España e Internacional, 2008.
2.3.	Prescripción por principio activo. Andalucía, 2001-2010.
2.4.	Gasto sanitario público "Farmacia" per cápita protegida. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002-2009.
2.5.	Costes y beneficios acumulados por la implantación de Diraya. Andalucía, 1999-2010.
2.6.	Costes y beneficios anuales de la implantación de Diraya. Andalucía, 1999-2010.
2.7.	En qué medida cree que la asistencia sanitaria es eficiente. Andalucía, España e Internacional, 2008/2009.
2.8.	Cirugía sin ingreso. Andalucía, 2000-2010.
2.9.	Contribución de la cirugía sin ingreso a la eficiencia. Andalucía, 2009-2010.
2.10.	Profesionales del Sistema Sanitario Público en Incapacidad Temporal. Andalucía, 2007-2010.
2.11.	Gasto sanitario público "Servicios hospitalarios y especializados" vs Estancias ajustadas por casuística. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002 y 2008.
2.12.	Gasto sanitario público "Servicios primarios de salud" per cápita vs Consultas atención primaria per cápita. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2007 y 2009.
2.13.	Población que considera que el coste de la sanidad pública SÍ será sostenible al nivel actual dentro de 10 años. Andalucía, España e Internacional, 2008/2009.
2.14.	Gasto sanitario público per cápita vs Esperanza de vida a los 65 años. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002 y 2009.



### 2.1.a. Gasto sanitario público sobre el PIB. Andalucía, España e internacional, 2009.

Para analizar el **gasto público en salud como porcentaje del PIB**, hay que tener en cuenta no solo la inversión en salud sino la evolución del PIB, de manera especial, teniendo en cuenta la crisis financiera global que comenzó en 2008. En contextos de recesión económica, extendida a lo largo de 2009, los porcentajes aumentaron con carácter general, más aun en aquellos países más afectados por la crisis económica global (el gasto sanitario público en porcentaje de PIB en Andalucía en 2007 fue del 6,1). No obstante, el indicador ofrece una representación de lo que cada país destina a la atención sanitaria en función de la magnitud económica del PIB de cada territorio (Gráfico 2.1.a). En este caso, lo que se destina a salud y atención sanitaria con financiación pública.

España destina en financiación pública un 11% menos que la media de los países de la Europa de los quince. Cuando lo comparamos con el gasto en salud per cápita (ajustado al poder paritario de compra), esta diferencia se eleva a un 22% menos de gasto sanitario en España, en comparación también con los países de la Europa de los 15 (valor que para UE15 fue de 3.917 US PPP en 2009).

Sin embargo, estando entre los que menos invierten en Europa, los resultados sanitarios sitúan a España en la tercera posición a nivel internacional en mayor esperanza de vida al nacer en 2009, para ambos sexos (OCDE, 2011)<sup>(i)</sup>; la cuarta posición en menor mortalidad por debajo de los 75 años de edad, evitada por una efectiva y oportuna atención sanitaria (Nolte y Mckee, 2008)<sup>(ii)</sup>; la segunda posición en mayor esperanza de vida ajustada a salud (OMS, 2009)<sup>(iii)</sup>; la segunda posición en índice coste efectividad (SALAR, 2008)<sup>(iv)</sup>; o líderes mundiales en trasplantes.

Un sistema de una alta eficiencia en donde las claves principales se encuentran en un sistema público integrado no basado en el reembolso; con mayoría de provisión pública; en una sólida atención primaria con función de *gatekeeper*; en un sistema de pago profesional por salario y con capitación incluyendo incentivos por resultados y no en función de los actos médicos; y con un esquema de servicios descentralizados. Y en donde han sido claves las medidas de eficiencia ligadas al uso racional de los recursos y a las transformaciones de actividades con alta implicación de profesionales. Andalucía, se encuentra entre las Comunidades Autónomas en España con mayor nivel de eficiencia: bajo gasto sanitario por persona protegida (Gráfico 2.1.b) y bajo crecimiento, con buenos o mejores resultados sanitarios (por ejemplo, listas de espera o satisfacción) y con la más amplia cartera de servicios.

(i) *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing; 2011.

(ii) Nolte E, McKee M. *Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis*. *Health Affairs*, Jan/Feb 2008; 27(1):58-71.

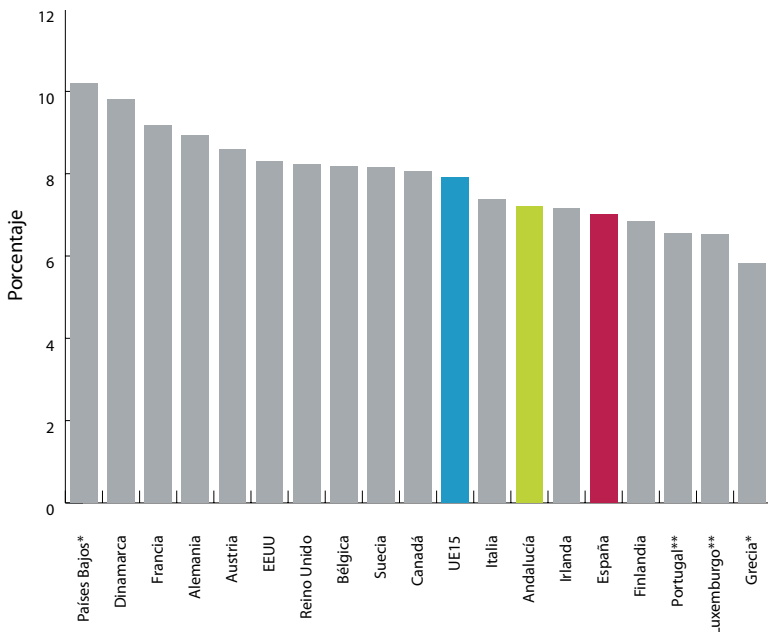
(iii) *The European health report 2009 : health and health Systems*. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 [acceso 17 de noviembre de 2011]. Disponible en:

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/82386/E93103.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf)

(iv) *The Swedish Healthcare System: How Does It Compare with Other EU Countries, the United States and Norway?*. Swedish Association of Local Authorities and Regions Publishing; 2008.



**Gráfico 2.1.a**



\* Dato 2007

\*\* Dato 2008

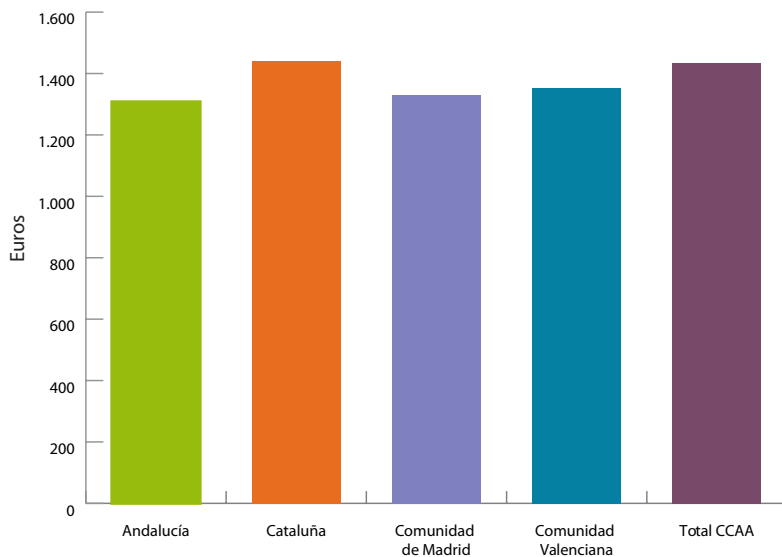
El dato de Países Bajos estimado a partir del % gasto sanitario público respecto a al total y del % gasto sanitario total respecto a PIB

Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 Contabilidad Regional de España – INE  
 OCDE



**2.1.b. Gasto sanitario público por persona protegida. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2009.**

**Gráfico 2.1.b**



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 Recursos del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

**2.2. Gasto sanitario público “Gastos en administración general” sobre el gasto sanitario público. Andalucía, España e Internacional, 2008.**

Los gastos derivados de todas aquellas actividades de la administración sanitaria de planificación, dirección, administración, coordinación y control de los medios materiales y humanos tanto a nivel central como por sus organismos dependientes conforman los **gastos de administración general**. Esta perspectiva de análisis del gasto sanitario público señala algunos rasgos característicos de los diferentes sistemas sanitarios. Con carácter general se observa un menor peso relativo de los gastos de administración en sistemas de atención con esquemas de atención sanitaria organizados bajo la configuración de sistemas nacionales de salud (modelo Beveridge), que organizados bajo otra configuración.

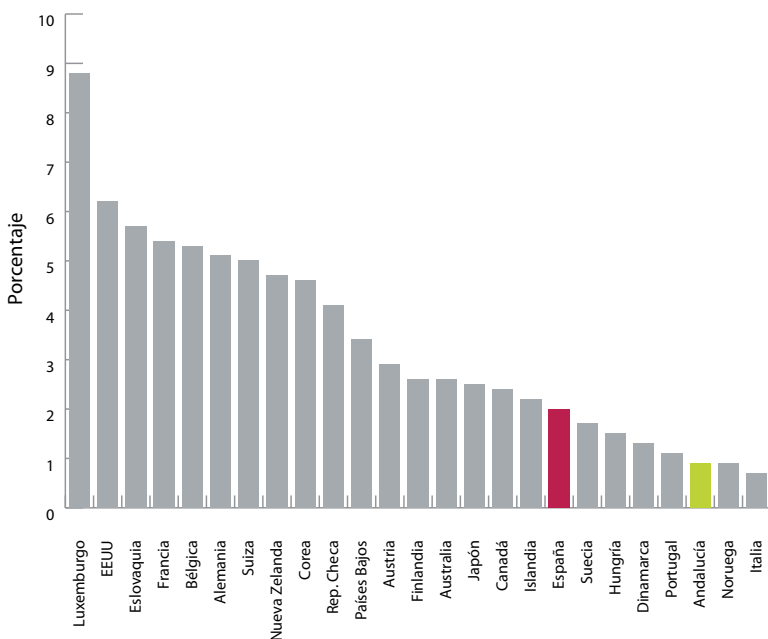
Como se observa en el Gráfico 2.2 el bajo peso relativo que representa este concepto en el gasto sanitario público de Andalucía (0,9%) y de España (2%) en el año 2008 en comparación con el de los diferentes países, permite valorar los niveles de eficiencia relacionados con la organización y la gestión de los servicios sanitarios públicos en nuestro sistema sanitario.

Los gastos administrativos tienden a ser más altos además en la mayoría de los países que dependen de los mecanismos de mercado y de los seguros privados –con o sin financiación pública- para desarrollar sus servicios sanitarios y su aseguramiento público, gastos registrados casi tres veces superior al de España y el de Andalucía. Un paradigma muy representativo es Estados Unidos cuyo gasto sanitario administrativo supera el 6% del gasto sanitario. Por el contrario, es más bajo en los países que dependen más de las regulaciones y proveedores públicos, quienes tienden a gastar menos en administración, como Suecia -que gasta comparativamente solo un 1,7%, con un sistema sanitario también descentralizado como el de Andalucía. Esto es muy importante desde el punto de la eficiencia global: primero porque nuestro sistema sanitario destina a burocracia bastante menos de lo que se suele decir y segundo porque lo que no se destina a burocracia, se destina a la atención clínica y sanitaria directa.



Eficiencia

**Gráfico 2.2**



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 Contabilidad Regional de España - INE  
 OCDE

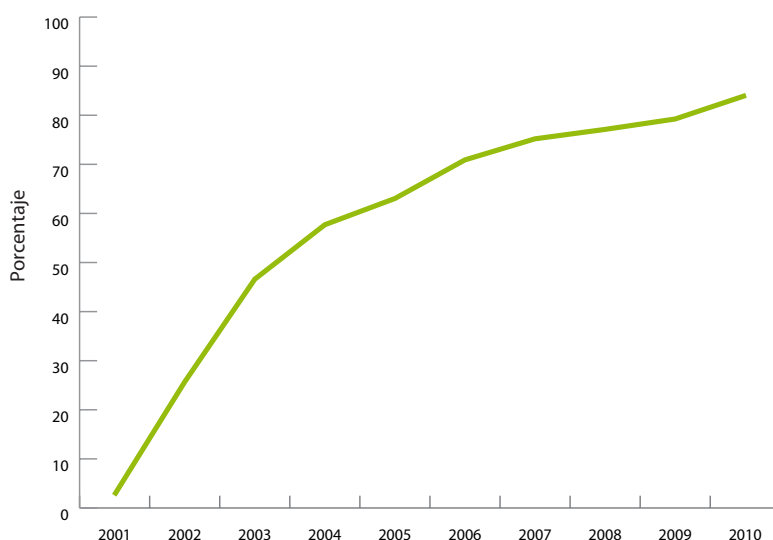
### 2.3. Prescripción por principio activo. Andalucía, 2001-2010.

La **prescripción por principio activo** es una práctica profesional, recomendada por la OMS, dirigida a la identificación del medicamento en las recetas exclusivamente por la denominación oficial de su principio activo y no, como era habitual, por su marca o denominación comercial. En Andalucía, esta forma de prescripción es la habitual desde que se iniciase su impulso en septiembre de 2001. Tanto es así que, a finales de 2010, según se observa en el Gráfico 2.3, el porcentaje de recetas prescritas por principio activo respecto al total de recetas dispensadas por las oficinas de farmacia en el sistema sanitario público andaluz ascendió al 84%.

Estos resultados son consecuencia del enorme compromiso de los médicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía con la estrategia desarrollada para la promoción del uso racional de los medicamentos, obteniéndose además de los beneficios sanitarios que esta forma de prescripción aporta, un importante ahorro económico.

Esta iniciativa andaluza ha sido, recientemente, reconocida a nivel nacional al ser extendida esa práctica al resto de España, a través de una modificación legal refrendada por el Parlamento, según la cual la prescripción por principio activo es ya la forma regulada general de prescribir las recetas y órdenes de dispensación oficiales del Sistema Nacional de Salud en España.

Gráfico 2.3



Fuente: Sistema de Información de Farmacia – SSPA



## 2.4. Gasto sanitario público "Farmacia" per cápita protegida. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002-2009.

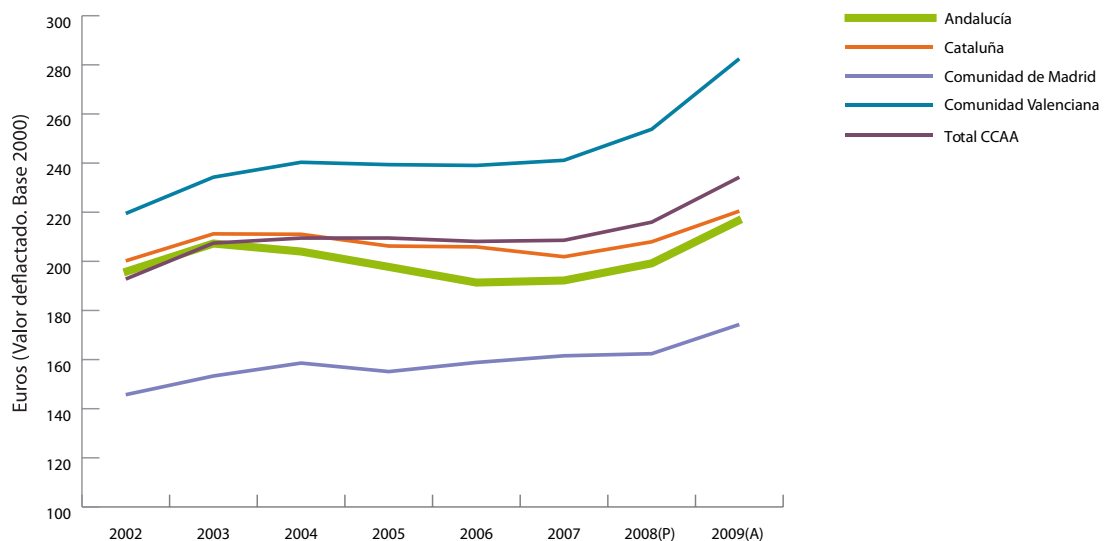
El Gráfico 2.4 muestra el **gasto público** derivado de la **prescripción de productos farmacéuticos por persona protegida** en las Comunidades Autónomas de mayor tamaño poblacional durante los últimos años en euros constantes.

Andalucía presenta una evolución algo diferente a la observada para el resto de comunidades durante el periodo 2003-2007, observándose una tendencia decreciente que se corresponde al periodo en el que se produce en Andalucía un marcado incremento en el peso que representa la prescripción por principio activo en la práctica profesional (Gráfico 2.3), junto con la implantación de otras estrategias de uso racional del medicamento como la difusión a los profesionales de guías farmacológicas.

A partir del 2007, con datos provisionales de cierre en las cuentas satélite, la evolución es similar al resto de comunidades mostrando un leve incremento por persona protegida del gasto público, que puede derivarse del incremento observado en el gasto en prestación farmacéutica en personas en situación de pensionista (Gráfico 8.10), cuyo gasto derivado de la prescripción es asumido por el sistema sanitario público en su totalidad.

No obstante, como refleja el Gráfico 8.9, es previsible un descenso del gasto público en prescripción de productos farmacéuticos por persona protegida para el periodo 2010, al haberse situado el gasto por pensionista a un nivel similar al observado en 2008 y habiéndose mantenido casi constante para personas en situación de activo.

Gráfico 2.4



(P) Provisional

(A) Avance

Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Recursos del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad





### 2.5. Costes y beneficios acumulados por la implantación de Diraya. Andalucía, 1999-2010.

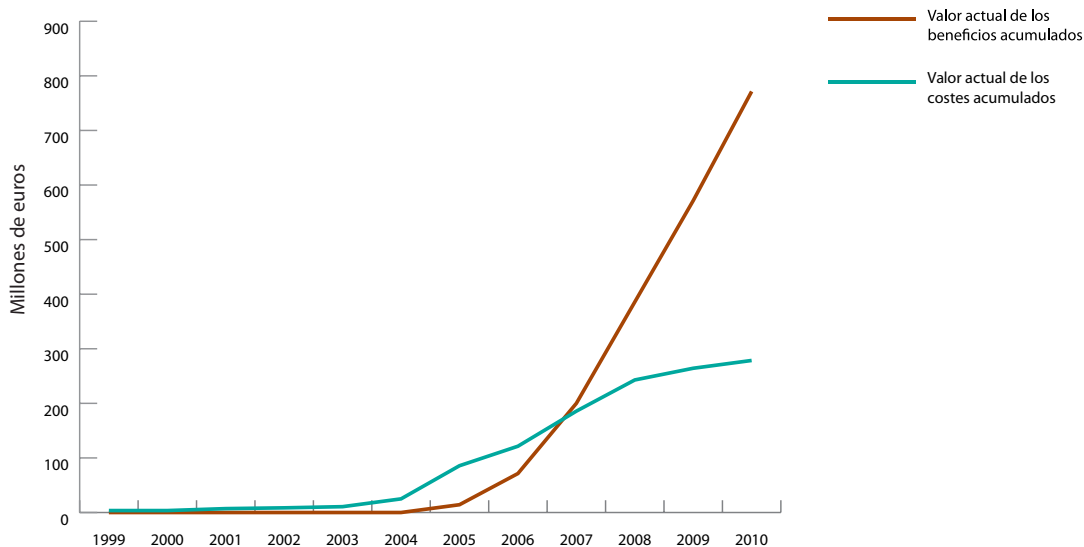
Diraya es el sistema informático que el Sistema Sanitario Público de Andalucía utiliza como soporte de la información y gestión de la información clínico asistencial de cada usuario, con independencia del profesional o ámbito asistencial que la genere, facilitando de este modo la accesibilidad a los servicios y prestaciones del sistema sanitario público.

Su proceso de implantación se inició en el año 1999. Las conclusiones del estudio publicado en 2009 y realizado por Empírica por encargo de la Comisión Europea sobre el **impacto socioeconómico de Diraya** indican que no solo los usuarios de los servicios han obtenido beneficios por su implantación, sino que las mejoras en la calidad y eficiencia afectan también a los profesionales sanitarios y al sistema sanitario público de Andalucía.

Los beneficios más significativos incluyen: una reducción en más del 15% de las visitas de pacientes que reciben su primera prescripción para un episodio de atención a través de Receta XXI; un ahorro acumulado derivado de la prescripción por principio activo de unos 37 millones de euros; una disminución del número de visitas a atención especializada del 10%; la utilización de determinados protocolos y estándares en todo el sistema sanitario público; un trabajo más eficiente de los profesionales sanitarios; una reducción de los costes de soporte de la información al crear una base de datos centralizada y una citación más eficiente a través del teléfono Salud Responde.

El Gráfico 2.5 muestra el balance socioeconómico, obteniéndose unos beneficios netos significativos a partir de 2007, tercer año tras la implantación de Diraya con una arquitectura mixta y un año después de la versión centralizada de este sistema.

Gráfico 2.5



Fuente: Electronic Health Record (EHR) Impact. Cases studies. European Commission

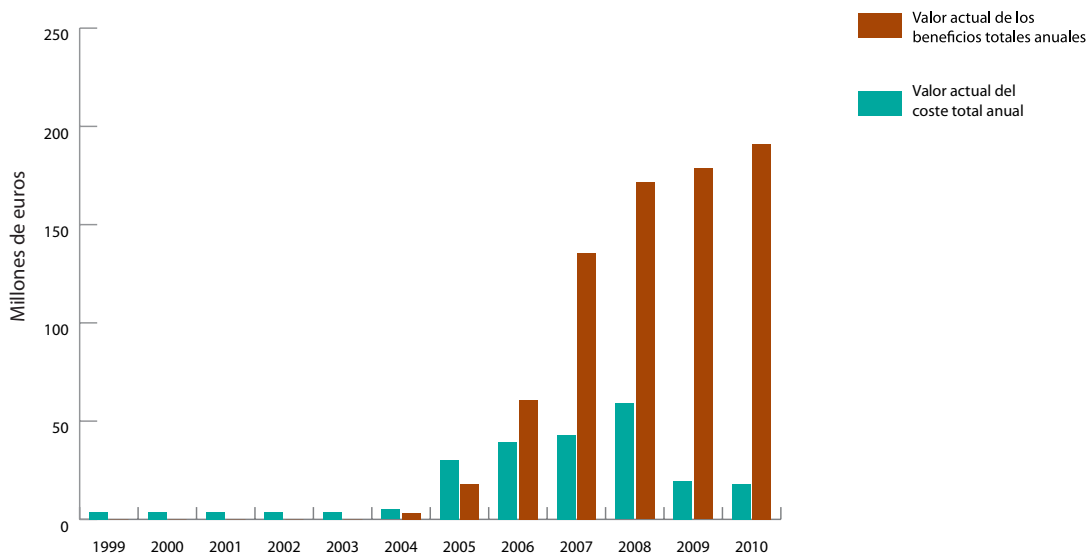


## 2.6. Costes y beneficios anuales de la implantación de Diraya. Andalucía, 1999-2010.

Los beneficios anuales crecen rápidamente hasta el año 2008 (Gráfico 2.6), mostrando posteriormente un crecimiento más moderado que refleja los beneficios derivados de la implantación gradual de los diferentes módulos de Diraya. El período relativamente largo que transcurre hasta la consecución de beneficios netos anuales se corresponde con el tiempo de planificación y desarrollo previo a la implementación del sistema. A partir del año 2007, una vez que los beneficios acumulados netos comienzan a ser positivos, se observan márgenes de beneficio cada vez mayores, confirmando la sostenibilidad económica de Diraya a largo plazo.

En 2010, la ratio beneficio/coste acumulado se sitúa en 1,77 lo que significa que por cada 100€ de costes se han generado 277€ de beneficios socioeconómicos.

Gráfico 2.6



Fuente: *Electronic Health Record (EHR) Impact. Cases studies. European Commission*



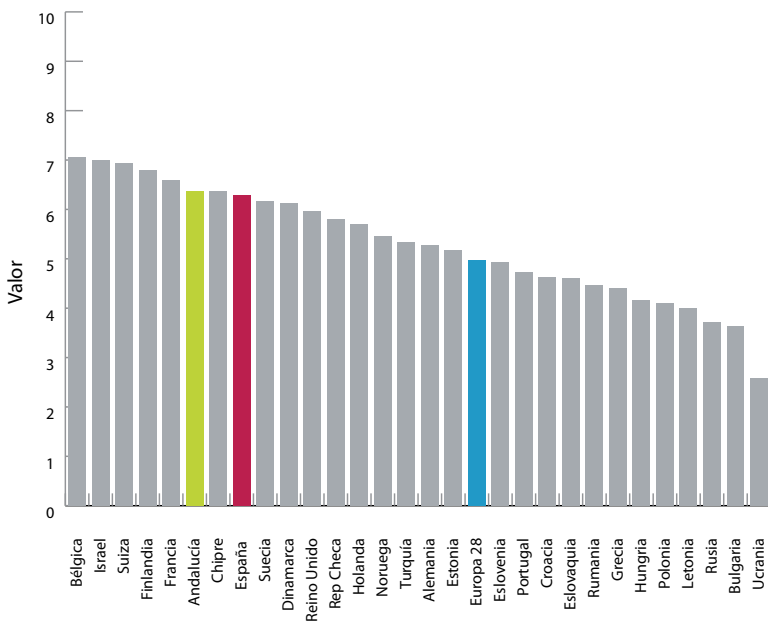
### 2.7. En qué medida cree que la asistencia sanitaria es eficiente. Andalucía, España e Internacional, 2008/2009.

El impulso de diferentes medidas encaminadas a mejorar la eficiencia en la **provisión de servicios sanitarios** que las autoridades sanitarias de Andalucía vienen realizando, puede reflejarse en una variedad de indicadores que muestren los cambios en el ámbito de la atención al que se dirige cada una de ellas. No obstante, desde una perspectiva global, es el ciudadano la principal fuente de información para valorar el compromiso adquirido por los gobiernos respecto al uso eficiente de los recursos públicos destinados a la atención sanitaria.

En este sentido la Encuesta Social Europea realizada cada dos años por siete instituciones académicas europeas y financiada, entre otras instituciones, por la Comisión Europea explora la medida en la que los entrevistados creen que la asistencia sanitaria en su país es eficiente, facilitando así la comparación internacional.

Como puede observarse en el Gráfico 2.7, cuyos datos corresponden a la cuarta edición (septiembre 2008-enero 2009), la medida en que los españoles consideran que la atención sanitaria que se presta es eficiente es superior a la del conjunto de países europeos, casi un punto por encima de Alemania, muy similar a Francia y a menos de un punto de Bélgica, la mejor posicionada en base a la valoración de sus ciudadanos. Los encuestados andaluces valoran la eficiencia de la asistencia sanitaria en Andalucía ligeramente por encima de la de España.

Gráfico 2.7



Fuente: European Social Survey 2008/2010



## 2.8. Cirugía sin ingreso. Andalucía, 2000-2010 .

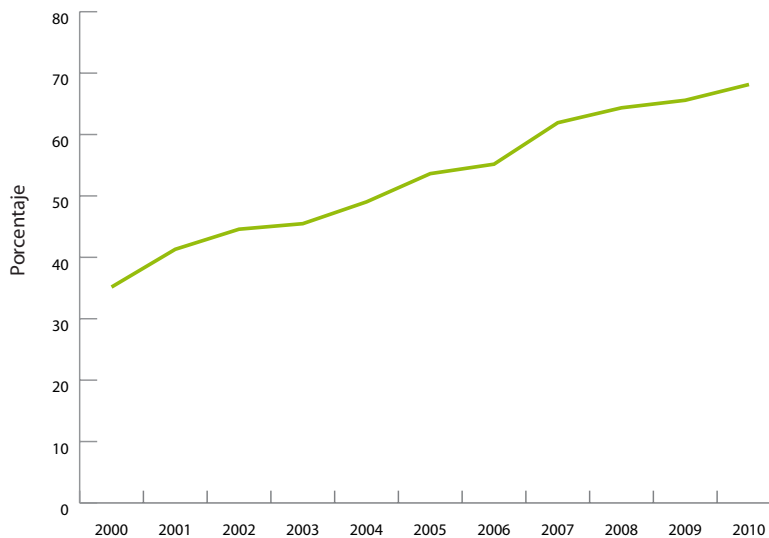
La **cirugía sin ingreso** o cirugía mayor ambulatoria (CMA) está conformada por una serie de procedimientos quirúrgicos terapéuticos o diagnósticos, que se realizan con anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. Proporciona una asistencia segura si se siguen los protocolos clínicos y organizativos establecidos, disminuyendo los efectos adversos propios de la hospitalización tradicional. También genera un elevado nivel de satisfacción de los pacientes.

La puesta en marcha de las unidades de CMA en nuestro ámbito es relativamente reciente. Su implantación como alternativa a la cirugía con ingreso ha sido progresiva representando un porcentaje creciente de toda la cirugía que se realiza en los hospitales.

El incremento de la CMA se explica fundamentalmente por los avances en las técnicas quirúrgicas y también por las políticas sanitarias que han incentivado esta práctica. Las nuevas técnicas han permitido por una parte tratar en el ámbito ambulatorio determinados procedimientos que antes solo podían realizarse con el paciente ingresado y por otra incrementar notablemente el número de algunas intervenciones que se resuelven mediante esta modalidad asistencial.

En el año 2000 se realizaron en Andalucía 66.696 intervenciones de cirugía mayor ambulatoria frente a las 203.654 realizadas en 2010. En este periodo el porcentaje de intervenciones resueltas mediante CMA se ha incrementado de un 35% a un 70% (de un listado cerrado de intervenciones que se ha ido ampliando con el tiempo).

Gráfico 2.8



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos - SSPA



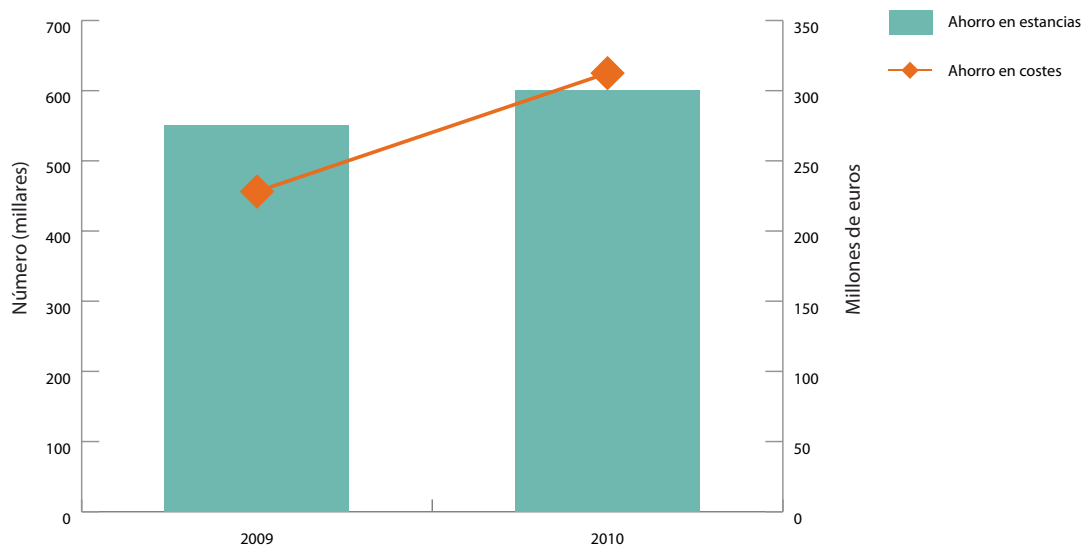
### 2.9. Contribución de la cirugía sin ingreso a la eficiencia. Andalucía, 2009-2010.

El Gráfico 2.9 muestra la contribución de la **cirugía sin ingreso** a la **eficiencia en la producción de servicios de atención especializada** tanto desde la perspectiva del ahorro en costes como del impacto en estancias hospitalarias liberadas para su utilización en la atención a otros procesos.

En los dos últimos años, con una directriz creciente, el ahorro en costes que la resolución mediante cirugía sin ingreso ha supuesto para el sistema sanitario público de Andalucía se sitúa en el año 2010 en 312,5 millones de euros, lo que supone alrededor del 5% del gasto sanitario público destinado a los servicios prestados por los hospitales y centros de especialidades.

Por otra parte el número de estancias que no se han utilizado -estancias evitadas- por la resolución sin ingreso de procesos quirúrgicos en Andalucía equivale aproximadamente a 1.645 camas hospitalarias anuales disponibles, lo que equivale a la dotación de un hospital de primer nivel de los existentes en Andalucía.

Gráfico 2.9



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos – SSPA  
Sistema de Contabilidad Analítica de Gestión – SSPA



## 2.10. Profesionales del Sistema Sanitario Público en Incapacidad Temporal. Andalucía, 2007-2010.

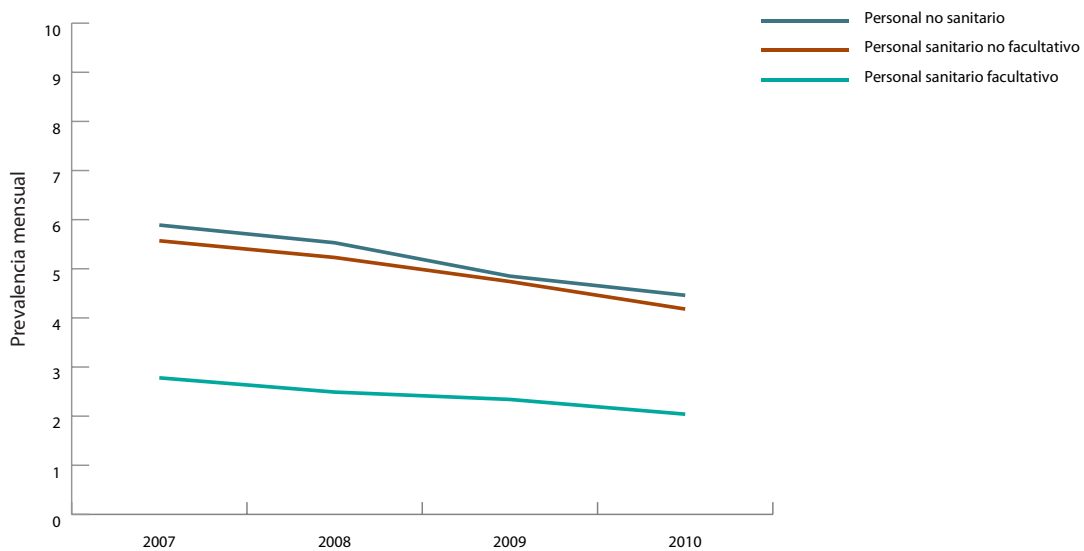
El control y la gestión de las bajas laborales resulta primordial en tanto que implica pérdida de horas de trabajo y una reducción de recursos productivos, además del consiguiente aumento del gasto público tanto en prestaciones asociadas como en cobertura de las ausencias.

En el Servicio Andaluz de Salud (SAS) la media anual de la **Prevalencia Mensual de Bajas (PMB)** en los últimos cuatro años ha presentado un comportamiento descendente. Por grupos profesionales la tendencia ha sido igualmente decreciente, siendo el Personal Sanitario Facultativo el que marca una PMB inferior frente al Personal No Sanitario. El Personal Sanitario No Facultativo muestra datos superiores al Personal Sanitario Facultativo e inferiores al Personal No Sanitario en cualquiera de los casos siempre con una tendencia decreciente.

En 2010 la PMB del personal facultativo fue del 2,04 (con una reducción en el periodo de 26,6%); la del personal sanitario no facultativo fue del 4,18% (y una reducción del 24,9%); y la del personal no sanitario fue del 4,46% (y una reducción del 24,2%).

Este comportamiento ha permitido al conjunto del SAS disponer, para otros fines asistenciales, de mayores recursos productivos además de facilitar una gestión más eficiente del Capítulo I presupuestario.

Gráfico 2.10



Fuente: Sistema de Gestión de Recursos Humanos - SSPA



### 2.11. Gasto sanitario público “Servicios hospitalarios y especializados” vs Estancias ajustadas por casuística. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002 y 2008.

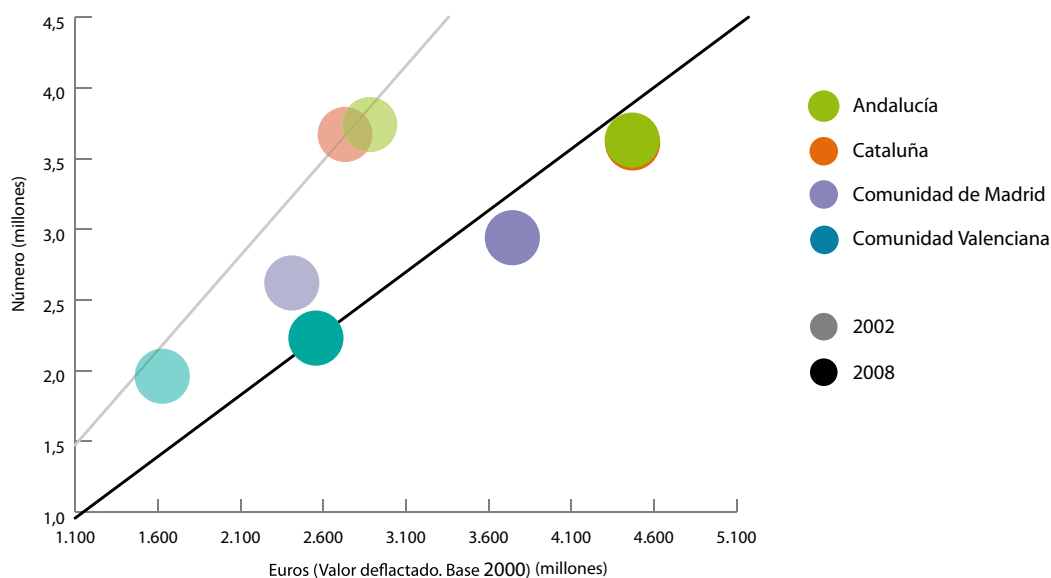
En la Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la rúbrica funcional “**Servicios hospitalarios y especializados**” se recogen los gastos derivados tanto de la asistencia prestada en hospitales o centros de especialidades, propios o concertados, como de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la actividad. El Gráfico 2.11 muestra la relación del **gasto sanitario público** derivado de la prestación en este nivel asistencial en relación con la actividad en **hospitalización** en hospitales públicos, principal componente del gasto.

Como puede observarse en el gráfico, Andalucía presenta en los dos periodos anuales, 2002 y 2008, el mayor gasto sanitario público en la prestación siendo también la que mayor nivel de servicios presta en este nivel asistencial. Desde el punto de vista de la eficiencia en ambos periodos se sitúa prácticamente en la recta de referencia marcada para el año 2002 y el año 2008.

La evolución en el nivel de eficiencia en la producción que presenta Andalucía, comparando ambos periodos, es similar a la de Cataluña reflejándose el cambio en el modelo de prestación en este nivel asistencial en el que se mantienen similares niveles de producción en hospitalización incurriéndose en mayores gastos que reflejarían el incremento de producción en el resto de líneas de prestación de servicios no contempladas, como pueden ser la atención en urgencias, la asistencia en consultas de especialidades, la cirugía ambulatoria, el hospital de día, el uso de tecnologías de diagnóstico y tratamiento ambulatorio e incluso la incorporación de tecnologías de información y comunicación.



Gráfico 2.11



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 iCMBD - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

**2.12. Gasto sanitario público “Servicios primarios de salud” per cápita vs Consultas atención primaria per cápita. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2007 y 2009.**

El Gráfico 2.12 presenta la relación del **gasto sanitario público** derivado de la actividad asistencial realizada en el nivel de **atención primaria** respecto al número de **consultas** anuales por persona protegida con independencia de la modalidad de las mismas. La Estadística de Gasto Sanitario Público en la rúbrica funcional “Servicios primarios de salud” refleja los gastos derivados de la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes, así como los gastos efectuados en actividades propias de Atención Primaria prestadas con recursos patrimoniales ajenos y los derivados de las estructuras de gestión.

Andalucía presenta en los dos periodos anuales mostrados, 2007 y 2009, el mayor gasto sanitario público per cápita en la prestación de servicios en el nivel de asistencia sanitaria primaria, siendo también la que mayor número de consultas anuales por persona presta en este nivel asistencial. Desde el punto de vista de la eficiencia en ambos periodos se sitúa prácticamente en las rectas de referencia.

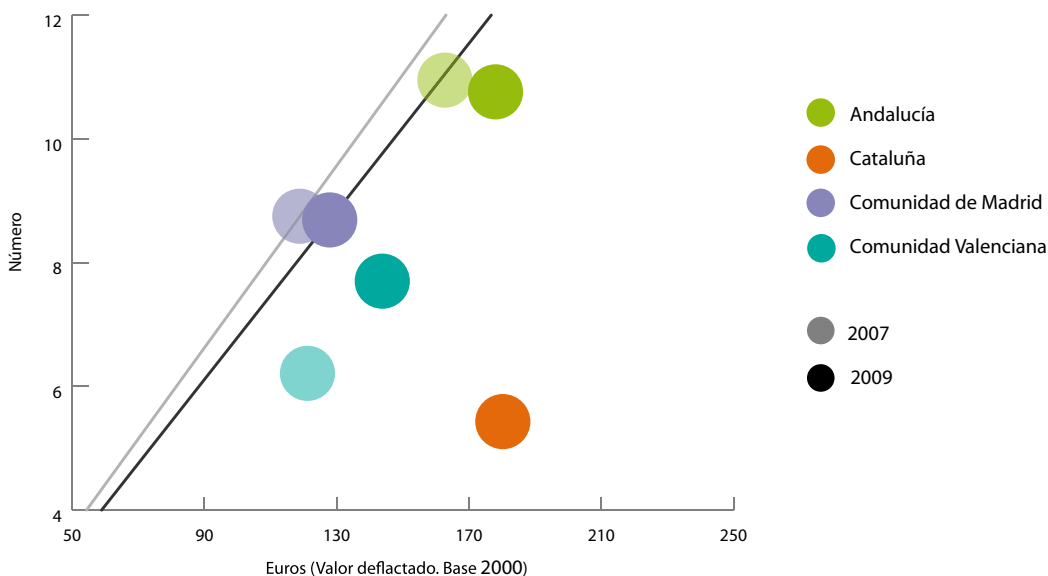
El nivel de eficiencia en la producción que presenta Andalucía, es muy similar en ambos periodos.

No obstante debe tenerse en cuenta que el indicador proxy utilizado para la medida de la producción en atención primaria (numero de consultas por persona) es una aproximación y no refleja todas aquellas actividades que se realizan en este nivel asistencial dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, el mayor número de consultas por persona protegida en Andalucía puede ser el reflejo de una prestación en la que se impulsa la atención domiciliaria en grupos específicos de población. Por otro lado, la exhaustividad de la fuente de información fundamentalmente en Comunidades Autónomas en que parte de los servicios que se proveen en este nivel asistencial son concertados es limitada, puesto que recoge solo las consultas de profesionales y centros bajo su dependencia organizativa y funcional (no es el caso de Andalucía, en donde estos servicios son exclusivamente de provisión pública).



Eficiencia

**Gráfico 2.12**



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



### 2.13. Población que considera que el coste de la sanidad pública **SÍ** será sostenible al nivel actual dentro de 10 años. Andalucía, España e Internacional, 2008/2009.

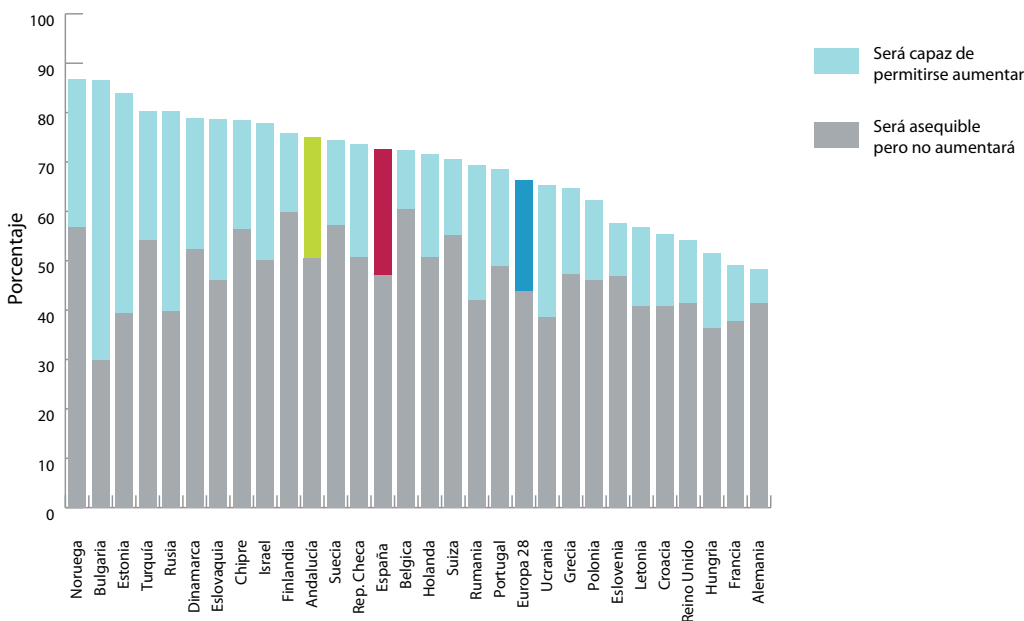
En el Gráfico 2.13 se muestran los resultados a una pregunta incluida en la Encuesta Social Europea relativa a la **sostenibilidad futura de la atención sanitaria pública**, encuesta realizada cada dos años por siete instituciones académicas europeas y financiada, entre otras instituciones, por la Comisión Europea. Concretamente la pregunta se refiere a si será asequible al nivel actual o incluso será capaz de permitirse aumentar teniendo en cuenta el coste de la sanidad pública y cómo será la situación dentro de 10 años, o por el contrario no será asequible, sostenible.

Como puede observarse en el Gráfico 2.13, cuyos datos corresponden a la cuarta edición (septiembre 2008-enero 2009), el 72,5 de los españoles y el 75,1 de los andaluces consideraban que la atención sanitaria que se presta será sostenible dentro de diez años, aunque el porcentaje desciende a alrededor del 50% en ambos casos cuando se refiere que será asequible, pero no aumentará.

Los resultados para España y Andalucía se sitúan en una posición intermedia desde el punto de vista de los países europeos, aunque superiores entre seis y ocho puntos al promedio del conjunto de países europeos.

Noruega (con un porcentaje superior al 86 por ciento) figura en primer lugar en los ciudadanos que consideran que la sanidad pública al nivel actual sí será asequible dentro de 10 años, frente a países como Francia (49%) y Alemania (48%) en donde los ciudadanos consideran en menor medida que el sistema sanitario público será sostenible al nivel actual a medio plazo.

Gráfico 2.13



Fuente: European Social Survey 2008/2009



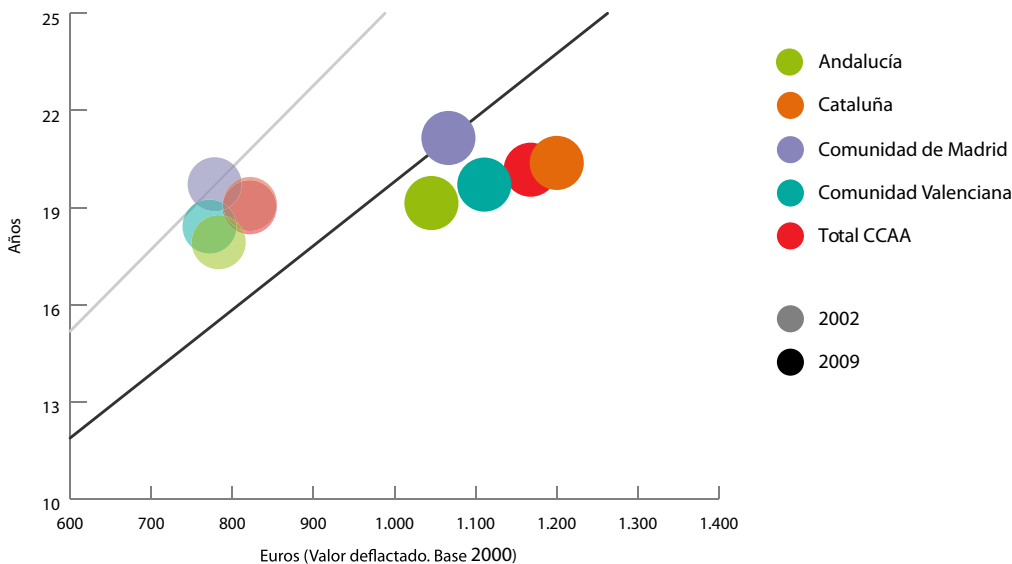
**2.14. Gasto sanitario público per cápita vs Esperanza de vida a los 65 años. Andalucía y otras Comunidades Autónomas, 2002 y 2009.**

A nivel nacional, Andalucía en los últimos años presenta un aumento limitado de la esperanza de vida a los 65 años que se sitúa en 1,21 años, por encima de España pero algo inferior al conjunto de comunidades autónomas de mayor tamaño poblacional. Por otra parte, el crecimiento en el gasto sanitario público por persona es el más bajo observado entre 2002 y 2009. Este hecho se ve reflejado en el Gráfico 2.14 en el que se presenta la **relación entre la esperanza de vida a los 65 años y el gasto público en salud por persona** en dos periodos anuales, 2002 y 2009.

Comparando ambos periodos Andalucía experimenta una mejora más significativa que el resto de comunidades y que el conjunto nacional en cuanto a la inversión realizada en prestación sanitaria pública en relación a la ganancia en salud medida a través de la esperanza de vida a los 65 años. Para una misma ganancia registrada (un 7%) de esperanza de vida a los 65 años en ese periodo, Andalucía obtuvo la misma mejora con una más eficiente inversión realizada per cápita en el mismo periodo.

No obstante estas mejoras se asocian a múltiples factores no solo relacionados con la prestación sanitaria sino también relacionados con la mejora de las condiciones de vida colectiva e individual de las personas.

**Gráfico 2.14**



Fuente: Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad  
 Recursos del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
 Movimiento Natural de Población - INE

