

Organización y gestión de la sanidad andaluza en el marco del sistema nacional de salud. Atención primaria y atención especializada; fortalecimiento de la gestión clínica; avances en la gestión de la salud pública; participación de grupos de interés; innovación en salud¹

Organization and management of andalusian health within the framework of the national health system. Primary care and specialized care; strengthening clinical management; advances in public health management; stakeholder participation; health innovation

BRAULIO GIRELA MOLINA *Médico Inspector de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía*
Profesor Asociado. Universidad de Granada

Resumen

La asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias ha supuesto el abandono de las técnicas de gestión empresarial y la consolidación del Servicio Andaluz de Salud -Agencia Administrativa, regida por el Derecho Administrativo- como prestador único de servicios sanitarios, con el objetivo de una configuración más racional del SSPA que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española. En este estudio se analiza el Plan Estratégico 2020-2022 para la renovación de la Atención Primaria que propone medidas centradas en mejorar la accesibilidad y una gestión eficiente de la demanda asistencial. La revisión de la cartera de servicios se centrará en la atención sanitaria a mayores que viven en residencias, la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo y la telemedicina, potenciando el uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta. Se ha reordenado la Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias y se ha reforzado la Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que 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, la Unidad de Gestión Clínica (UGC). Se han implantado UGC en Salud Mental y se han regulado las Unidades de Gestión de Salud Pública (UGSP), que desarrollarán la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo.

Abstract

The assumption by the Andalusian Health Service of the aims and objectives of the Public Health Business Agencies has led to the abandonment of business management techniques and the consolidation of the Andalusian Health Service - Administrative Agency, Governed by Administrative Law - as the sole provider of health services, with the aim of a more rational configuration of the SSPA that allows to make effective the right to health protection provided for in the Spanish Constitution. This study analyzes the 2020-2022 Strategic Plan for the Renewal of Primary Care, which proposes measures focused on improving accessibility and efficient management of health care demand. The review of the service portfolio will focus on health care for elderly living in residential homes, health promotion and prevention in education, and telemedicine, enhancing the appropriate use of digital tools for consultation care. The attention to the Emergency and Emergency Health has been reordered and the Clinical Management in the public health system of Andalusia has been strengthened, which is configured as an organizational model centered on the person, based on a distributed network of organizational spaces with a multiprofessional scope. This allows professionals to be given greater organizational autonomy and responsibility in the management of resources, the Clinical Management Unit (UGC). Mental Health UGC has been implemented and the Public Health Management Units (PGUs) have been regulated, which will develop the function of integrated management of actions for prevention, promotion, protection and surveillance of health, as well as rapid risk assessment and intervention in response to epidemiological, food safety, environmental or other public health alerts.

Palabras Clave

sanidad; organización; gestión; estrategias; atención primaria; atención especializada; gestión clínica; innovación

Keywords

health; organization; management; strategies; primary care; specialized care; clinical management; innovation

¹ Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 “Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

1. METAS ORGANIZACIONALES RELEVANTES EN LA SANIDAD ANDALUZA EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.1. Aspectos generales de la Gestión Sanitaria y sus reformas en el Sistema Nacional de Salud²

Es preciso conocer el marco general del Sistema Nacional de Salud, antes de adentrarnos en el análisis de la organización sanitaria, reformas y metas de la Sanidad en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

1.1.1. El Servicio Público Sanitario y su gestión

El art. 43 de la CE, prejuza la organización de un Servicio Público de Salud en sentido amplio, que nos sitúa ante una actividad administrativa de prestación, también denominada actividad de servicio público. Será la LGS, la que declare a la Sanidad como servicio público, siendo esto corroborado, por el artículo único de la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Tanto si se opta por la gestión pública o por la gestión privada, siempre debe quedar garantizado el servicio público sanitario.

Los principios diferenciadores de los modelos de organización administrativa - modelos clásicos, entre los que se encuentra el modelo burocrático centralizado y modelos descentralizados-, se centran en la descentralización y la desconcentración. Del análisis de sus ventajas e inconvenientes, se deduce que dentro de una organización estatal eficiente, deberían coexistir jerarquías descentralizadas y burocráticas, es decir la gestión pública deberá ser burocrática en unos casos y descentralizada en otros, y sujeta en todos a un adecuado control de legalidad que no constituya una rémora para la toma de decisiones.

El Derecho Administrativo conoce tradicionalmente el fenómeno de constituir centros personalizados -entes descentralizados- como descentralización y los motores de ese proceso organizativo singular, están en la necesidad de una mayor autonomía de gestión, financiera y jurídica.

La Administración, en cuanto titular del servicio público sanitario, ostenta en principio, un alto grado de discrecionalidad para optar entre las diversas alternativas de gestión. Desde el punto de vista jurídico, esta libertad se encuentra limitada por la técnica organizativa a emplear y el régimen jurídico al que debe someterse la prestación del servicio.

En cuanto a la primera -técnica organizativa a emplear-, la organización de la prestación de los servicios públicos puede efectuarse en régimen de gestión directa o indirecta.

La gestión directa o propia del servicio público sanitario, se lleva a cabo desde la propia Administración, con sus propios recursos humanos y materiales, pudiendo utilizar para ello, las diversas fórmulas previstas en el Derecho de organización (artículo único -punto 1- Ley 15/1997). En estos supuestos, la Administración asume el riesgo económico de la actividad. En la gestión indirecta o contractual, la Administración sanitaria responsable, lleva a cabo la prestación de los servicios con medios ajenos a ella, es decir, la prestación del servicio se encomienda a un tercero a través del correspondiente concierto, convenio o contrato administrativo.

Aparte de estas formas de gestión, directas e indirectas, estaría el consorcio, que no es una forma de gestión, sino un Organismo público personificado.

Las modalidades de gestión sanitaria -directas e indirectas- están, en principio, tasadas -no hay más formas que las previstas en las leyes-. Los supuestos previstos en la legislación sectorial, cualquiera que sea su denominación, deben ser reconducibles a alguno de los previstos en la legislación

² GIRELA MOLINA, B., "Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud", *Tesis Doctoral*, Universidad de Granada, 2014.

administrativa general. Pero ello no impide que las leyes sectoriales, al tener el mismo rango, puedan introducir formas específicas de gestión - por ejemplo los convenios de vinculación o las fundaciones públicas sanitarias-.

En cuanto al régimen jurídico al que debe someterse la prestación del servicio público, es decir, si dicho régimen debe (o puede ser) de Derecho público o de Derecho privado, existe confusión. El cómo y con que reglas habrá de gestionarse un servicio público sanitario es algo que tiene que determinar el legislador, pero hay que hacer algunas precisiones. No hay ningún servicio público que pueda ni deba ser prestado en absoluta sumisión a normas de Derecho público, sin mácula alguna de Derecho privado; ni a la inversa. En todo servicio deben coexistir normas de Derecho público y de Derecho privado; el problema radica en qué proporción respectiva y a qué extremos deben extenderse unas y otras.

Los ámbitos más propicios a ser ocupados por el Derecho privado son los referentes a los aspectos instrumentales de la organización prestadora del servicio -personal, bienes, contratos y régimen financiero-.

Las reglas de funcionamiento del servicio y las relaciones con los usuarios, están llamadas a ser regulados por el Derecho Administrativo de forma mayoritaria, teniendo el Derecho privado un alcance residual. Ello deriva de la necesidad de garantizar a los usuarios un trato en condiciones diversas a las que resultarían de la lógica del mercado y del Derecho privado.

La principal justificación, aunque no la única, del hecho de que la Administración Sanitaria acuda a formas de Derecho privado, es el principio de eficacia, que debe regir la totalidad de la actuación administrativa, y en concreto la sanitaria. Ahora bien, hay que distinguir entre la utilización del Derecho privado por la Administración, sólo en la “forma de actuación”, que se refiere a la situación en que una persona jurídico-pública, de naturaleza territorial o institucional, lleva a cabo una determinada actividad de acuerdo con el Derecho Privado, y la utilización del Derecho Privado en la “forma de organización”, que hace referencia a los supuestos en los que las personas jurídico-públicas se valen de las formas organizativas que ofrece el Derecho privado (sociedades mercantiles o fundaciones, por ejemplo) para llevar a cabo las tareas que le corresponden.

No obstante lo anterior, existen límites o limitaciones que, derivados del Derecho público, se aplican a la actuación de la Administración bajo fórmulas jurídico-privadas.

1.1.2. Reformas de la gestión sanitaria

En la mayoría de los países occidentales los servicios sanitarios forman parte, de una u otra forma, del sector público por lo que los cambios en los modelos de gestión sanitaria deben ser enmarcados dentro del marco general de la gestión pública. Esta puede utilizar los conceptos y técnicas manejados en las organizaciones privadas pero sin olvidar que la gestión pública tiene las restricciones impuestas por el marco jurídico-político; es decir la gestión pública no se puede desenvolver con plena autonomía. No es conveniente privatizar la gestión allí donde existen fallos de mercado, metas de cohesión social o garantías de acceso que atender, como ocurre en la Sanidad. Los argumentos favorables a la privatización sanitaria se han fundamentado, generalmente, en la conveniencia o necesidad de conseguir fuentes de financiación alternativas para la construcción de infraestructuras y en la supuesta mejor gestión del sector privado.

Hablar de reformas en la gestión sanitaria, exige un análisis previo de los problemas de los servicios sanitarios. Estos se pueden ordenar en tres áreas: Financiación e incremento y control del gasto, racionalidad de los sistemas relacionados con la eficacia y eficiencia de los servicios sanitarios y legitimación o aceptación por la población de los propios servicios.

Parece indudable que la transición hacia un modelo de gestión más descentralizado y apoyado en mecanismos cuasicompetitivos y de mercado (MCM) ha venido acompañada de mejoras en la eficiencia productiva y en la satisfacción del ciudadano con la actuación del sector público.

En el ámbito de la economía política, se encuentra la disyuntiva gradualismo-radicalismo en las reformas de la gestión, y en concreto de la sanitaria. Las reformas en las estructuras de gestión son en muchos casos técnicamente complejas, requieren de un respaldo popular amplio, necesitan inicialmente recursos adicionales para hacer frente al coste de los incentivos monetarios o a la creación de nuevas instituciones y deben apoyarse en un cambio cultural de la burocracia liderado políticamente; estas circunstancias sugieren una estrategia gradual de “radicalismo selectivo”, es decir transformaciones escogidas de gran alcance, sobre un frente clave reducido. Una reforma plena, radical e inmediata podría ser, cuando no política y administrativamente inviable, financieramente muy costosa.

A partir de la última década del siglo XX, los Sistemas Sanitarios europeos, y el español en particular, participaron en el auge de las tres grandes estrategias de reforma de la gestión pública: el gerencialismo, los mecanismos cuasicompetitivos y de mercado (MCM) y la privatización. Tras esos modelos, la nueva gestión pública es propugnada, como una cuarta vía que habría que fomentar, basada en un cambio de cultura y valores, y apoyada en los incentivos al profesionalismo -autonomía ligada a consecución de objetivos-. Se traduciría en la gestión contractual apoyada en la profesionalización y la gestión integrada por áreas de salud, iniciada en algunos Servicios de Salud -Cataluña y Comunidad de Madrid-.

La Constitución no impone un determinado modelo de gestión y prestación de la asistencia sanitaria. La LGS se decantó por una forma organizativa, caracterizada por la gestión directa de los Servicios de Salud, llevada a cabo sin entes instrumentales intermedios dotados de personalidad jurídica, sin perjuicio de admitir la vinculación de los hospitales generales de carácter privado mediante convenios singulares y conciertos para la prestación de los servicios sanitarios con medios ajenos-externalización-, dándose prioridad a los establecimientos, centros y servicios sin carácter lucrativo. Es decir, la LGS permite la utilización de las formas de gestión admitidas con carácter general, con arreglo a los principios y criterios en ella establecidos

Las propuestas gerencialistas y de MCM tuvieron su primera plasmación política en nuestro país en el “Informe Abril” (1991). Otra iniciativa parlamentaria con recomendaciones muy parecidas, fue el Informe de la Subcomisión para la modernización y consolidación del Sistema Nacional de Salud de 1997. Fruto de las mismas, en la década de los noventa del pasado siglo, tanto en el ámbito del INSALUD como en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que habían asumido competencias de gestión de la asistencia sanitaria, se fueron implantando nuevas formas de gestión en las instituciones sanitarias que pretendían superar la rigidez del modelo burocrático. Precisamente, la Ley 15/1997, de 25 de abril, titulada “Habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud”, trae causa de las recomendaciones de esos Informes, constituyendo un importante instrumento de flexibilización y autonomía en la gestión sanitaria para hacer más eficiente la asistencia sanitaria pública -impulsó el desarrollo de cualquier forma jurídica para la gestión de centros sanitarios siempre que estos mantengan la naturaleza y titularidad pública, y respeten el carácter de servicio público de la asistencia-.

Sin embargo, frente al carácter coherente y sistemático de la legislación básica estatal, contenido en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 15/1997 constituye un auténtico “verso suelto” dentro del modelo de regulación de la Sanidad pública en España. El consenso político fue menor en la reforma de las formas de gestión, que en las anteriores leyes básicas sanitarias.

Al hilo de lo anterior, hay que distinguir entre innovaciones de gestión de servicios sanitarios que no implican personificación jurídica específica y lo que se consideran específicamente nuevas

formas de gestión, más ligadas a la personificación jurídica, tanto públicas como privadas -fundaciones y sociedades mercantiles-.

La diversificación de formas de gestión ha sido objeto permanente de controversia. El debate durante los últimos años ha venido auspiciado en buena parte por la ausencia de una evaluación sistemática y objetiva, en términos de eficiencia relativa, equidad e igualdad de acceso, del complejo panorama de la gestión sanitaria en el SNS por parte de los organismos encargados de garantizar la calidad y la coordinación del Sistema, tanto en el nivel estatal como en el autonómico.

La evaluación de la eficiencia de las distintas formas de gestión sanitaria entronca con la propia eficiencia de las Administraciones Públicas como garantes de servicios públicos esenciales. En ausencia de un esfuerzo sistemático de información y evaluación técnica del conjunto del proceso, se ha reconducido el debate al terreno de la polarización política.

Encontrar soluciones a los problemas organizativos de la Sanidad desde una perspectiva económica y jurídica, es fácil; las dificultades están en la implantación.

Sin embargo, el propio Gobierno -preámbulo del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo- dió por culminada la búsqueda de fórmulas para lograr una mayor agilidad y calidad en la gestión de las prestaciones sanitarias. Esta consideración, no ha sido pacífica por la controversia despertada en la implantación de las “nuevas formas de gestión” y la externalización de la asistencia sanitaria impulsada por algunas Comunidades Autónomas.

Las opciones organizativas de la gestión de la asistencia sanitaria, no son en absoluto excluyentes, sino que en la realidad se produce una combinación de las mismas. Pueden y deben combinarse estas, para distribuir las funciones prestación de asistencia sanitaria de la forma que se considere más eficiente. Así ocurre en casi todos los ámbitos de la actuación administrativa y, desde luego, en la Sanidad.

1.1.3. Ordenación de los Servicios Sanitarios

Dadas las semejanzas, aunque con matices, de las opciones organizativas utilizadas en el sector sanitario, tanto por el Estado como por las Comunidades Autónomas, el régimen jurídico básico de las personas jurídico-públicas y jurídico-privadas, y la legislación de contratación administrativa en la legislación del Estado, sirve como marco teórico de referencia común a todas.

Las Comunidades Autónomas, titulares de las competencias sanitarias, están capacitadas para la creación de entes institucionales en base a su potestad organizativa, connatural con el principio de autonomía. El régimen jurídico de la organización administrativa en la legislación de las Comunidades Autónomas, es el marco normativo en el que, dentro de los límites derivados de la legislación estatal -general y sectorial-, se han de insertar las opciones organizativas de configuración de sus Servicios de Salud respectivos y además, sirve para encuadrar las formas jurídicas utilizadas en la configuración de otras entidades gestoras de asistencia sanitaria pública y de centros sanitarios proveedores de la misma.

En el ámbito de las Comunidades Autónomas, al igual que en el estatal, hay tres niveles de organización, con independencia de las denominaciones que se les quiera dar: en primer lugar, la estructura central de cada una de estas Administraciones; en segundo lugar, los fenómenos de personificación pública, ya ajuste su actuación principalmente al Derecho público o al Derecho privado; y, por último, los fenómenos societarios de personificación y las fundaciones en mano pública.

La clave de la ordenación sanitaria de las Comunidades Autónomas es el Sistema Sanitario Público de las mismas. Casi todas las Leyes de Salud/Ordenación sanitaria, salvo Asturias, Murcia y

Navarra, lo definen y regulan, de manera similar. El órgano de dirección del Sistema Sanitario Público de cada Comunidad Autónoma es la Consejería competente en materia de Salud.

Con carácter general, el Consejo de Gobierno de las Comunidades Autónomas, ejerce la competencia de ordenación de los servicios sanitarios y regula la participación de los ciudadanos, la Consejería competente en materia de Salud, ejerce la función de asistencia sanitaria, ostentando en concreto la titularidad de los servicios sanitarios, mientras que la gestión se reserva a organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la provisión de asistencia sanitaria, o bien a órganos -sin personalidad jurídica- especializados. Es decir, en el Sistema Sanitario Público de cada Comunidad Autónoma, se diferencian Funciones propias de la Consejería competente en materia de salud -Autoridad sanitaria, planificación, aseguramiento, financiación, asignación de recursos, ordenación de prestaciones, concertación de servicios ajenos e inspección- y Funciones de gestión y provisión de asistencia sanitaria asumidas por los organismos, entes y entidades dedicados exclusivamente a la misma y adscritos a la Consejería de Salud.

1.1.4. El principio de gestión unitaria: Las Áreas de Salud

Surge entonces el interrogante de saber, si la LGS, ha establecido ciertos condicionantes o limitaciones a la capacidad de organización de los Servicios de Salud por las Comunidades Autónomas. La única previsión contenida en esa Ley, es el mandato para que delimiten y constituyan en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Público.

Junto al principio descentralización, la LGS establece el principio de gestión unitaria por Áreas de Salud -desconcentración-, las cuales desarrollarán sus actividades en los ámbitos de la Atención primaria de salud y de la Atención especializada. Son responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos sanitarios del Servicio de Salud, en su demarcación territorial.

La concentración de servicios sanitarios y su integración en el nivel político y administrativo de las Comunidades Autónomas, que sustituyen a las Corporaciones Locales en algunas de sus responsabilidades tradicionales, fenómeno que se denominó “neocentralismo regional frente a los municipios”, podría haber provocado una fuerte centralización de servicios a ese nivel; sin embargo la LGS neutraliza ese posible efecto, estableciendo las Áreas de Salud y otorga a las Corporaciones Locales un efectivo derecho a participar en el control y en la gestión de dichas Áreas.

La LGS no prejuzga la forma de organización de las Áreas de Salud. En ningún caso las Comunidades Autónomas les han atribuido personificación jurídica propia, sino que se ha mantenido su configuración como estructura especializada.

En cuanto a la ordenación de las Áreas de Salud -que se han denominado de diferente forma en algunas Comunidades Autónomas-, en la mayoría de las Comunidades, el Sistema Sanitario Público se ordena en Áreas de Salud, salvo las Comunidades Autónomas de Canarias, Islas Baleares y Navarra, en las que son sus respectivos Servicios de Salud los que se ordenan en Áreas de Salud. Estaría a caballo entre esas dos tipologías, el Principado de Asturias.

En la Región de Murcia y en el País Vasco, no se especifica si las Áreas de Salud son las demarcaciones del Sistema Sanitario Público, o bien del Servicio de Salud.

Habría que criticar la determinación de las funciones de las Áreas de Salud; por ejemplo, para poder llevar a cabo la función de “compra de servicios” -asignación presupuestaria- tendrían que tener un funcionamiento autónomo y con funciones mucho más precisas de las que tienen, en la medida en que su función es actuar como intermediarios, entre los financiadores y los proveedores de servicios sanitarios, contratando éstos.

1.1.5. La opción organizativa general del Sistema Nacional de Salud: Gestión directa mediante formas de personalidad diferenciada

La opción organizativa generalizada en el SNS para la actividad prestacional, son los órganos especializados no personificados -Áreas de Salud, centros y establecimientos sanitarios, tanto de Atención primaria como especializada-, que gestionan la asistencia sanitaria en régimen de desconcentración.

También pueden asumir dichas funciones, cualquier estructura específica que se cree por la Administración sanitaria, para la gestión de un establecimiento, un servicio público o el ejercicio de una función específica, pudiendo tener diversas denominaciones. En este grupo se incluirían, entre otras, las Áreas Clínicas (Comunidad Valenciana) y Unidades de Gestión Clínica (Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana), las Estructuras de Gestión Integrada (Galicia) y las Áreas de Gestión Sanitaria (Andalucía).

El régimen jurídico de estos órganos desconcentrados es íntegramente de Derecho público, ya que, al no tener personalidad jurídica propia, se integran en la estructura administrativa.

1.1.6. Gestión directa mediante organismo públicos: Forma elegida para configurar los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Los Servicios de Salud, se han configurado como el principal gestor y proveedor de asistencia sanitaria pública de cada Comunidad Autónoma. No obstante, se pueden clasificar en dos grupos. En un primer grupo están los Servicios de Salud, gestores de la asistencia sanitaria pública, siendo también, los principales proveedores de la misma, aunque pueden no ser, los únicos; incluiría este grupo, la mayoría de ellos.

El segundo grupo engloba los Servicios de Salud que desarrollan funciones de autoridad sanitaria y también funciones de gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios; coexisten con otros proveedores, públicos y privados -vinculados por conciertos, convenios u otras fórmulas contractuales-. Es el caso de los Servicios de Salud Canario, Catalán y Madrileño. Estos Servicios de Salud acumulan, quizás, demasiadas funciones, en las que se entremezclan contenidos típicos de la Autoridad Sanitaria con otras puramente prestacionales; en la realidad, no existe una separación efectiva funciones.

Aunque no era un condicionante impuesto por la LGS, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, en todo caso, se han organizado, en régimen de descentralización funcional, a través de Organismos públicos -personificaciones jurídico-públicas-. En ningún caso se ha optado por personificaciones de Derecho privado para su configuración.

La personalidad jurídico-pública permite obviar los aspectos más engorrosos de la legislación mercantil: el control de la competencia desleal, legislación sobre abuso de posición dominante, que si son de aplicación a las sociedades mercantiles; además permite ostentar potestades administrativas.

Dentro de los Organismos públicos, el Organismo autónomo autonómico es la tipología más utilizada para configurar los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Su régimen jurídico es de Derecho público. Se han constituido los siguientes Organismos autónomos: Servicio Cántabro de Salud, Servicio de Salud de Castilla la Mancha, Servicio de Salud de Castilla y León (Gerencia Regional de Salud), Servicio de Salud de las Islas Baleares, Servicio Riojano de Salud. Como Organismos autónomos de carácter administrativo están los siguientes: Servicio Aragonés de Salud, Servicio Canario de Salud, Servicio Extremeño de la Salud, Servicio Gallego de Salud, Servicio Navarro de Salud y Agencia Valenciana de Salud.

Otra tipología utilizada es las Agencia; esta se rige por el Derecho público en el supuesto de ser Agencia administrativa y en el caso de Agencias públicas empresariales, se rigen por el Derecho

público y por el Derecho privado. En el sector sanitario, ha sido Andalucía, la única Comunidad Autónoma que ha utilizado la forma jurídica de Agencia para la gestión de servicios sanitarios. Concretamente el Servicio Andaluz de Salud, se ha configurado como Agencia administrativa.

También se pueden configurar los Servicios de Salud como Entidades autonómicas de Derecho público cuya actuación se rige por el Derecho privado y por el Derecho público. En este supuesto, el régimen jurídico es dual, si bien la sujeción al Derecho público suele ser en un grado menor. Así ha ocurrido en Cataluña, Madrid, País Vasco, Región de Murcia y Asturias.

En definitiva, el modelo organizativo de los Servicios de Salud, aplicado por las Comunidades, además de por una gran uniformidad, se caracteriza porque ha existido un gran parecido respecto del modelo estatal previo -modelo INSALUD-.

Junto al prestador principal -Servicio de Salud-, en algunas Comunidades Autónomas, se han constituido otras formas de personificación a las que se les encomiendan la prestación de servicios sanitarios. Es el caso de las Agencias Públicas Empresariales en Andalucía, Entidades públicas de Derecho privado -con diferente denominación-, e incluso en algún caso, se ha recurrido al Organismo autónomo -Canarias-.

1.1.7. El mito caído de la personificación jurídica de centros sanitarios

Valorando en conjunto el Sistema Nacional de Salud, se concluye que dejando aparte la personificación mediante Organismos públicos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la utilización de organismos, entes y entidades jurídico-públicos -con personalidad jurídica-, y estructuras específicas -sin personalidad jurídica- para la gestión directa de la asistencia sanitaria, ha sido muy escasa; siendo aún menor la utilización de personificaciones jurídico-privadas como Fundaciones públicas autonómicas -en mano pública- y Sociedades mercantiles autonómicas. Como consecuencia, el debate de la gestión de la asistencia sanitaria pública está centrado actualmente, en la gestión indirecta-externalización- .

Excepto en las Comunidades Autónomas de la Región de Murcia, Navarra y La Rioja, en el resto, se han utilizado órganos administrativos, formas jurídico-públicas (Entidades de Derecho público) y formas jurídico-privadas (Fundaciones y Sociedades mercantiles) para gestionar aspectos conexos a la asistencia sanitaria: Docencia, investigación, infraestructuras sanitarias, evaluación de tecnologías sanitarias, calidad y acreditación, etc.

1.1.8. Gestión indirecta de la asistencia sanitaria: La colaboración de los sujetos privados

La opción por formas de gestión indirecta se plantea en los casos en los que la Administración necesite la colaboración de los sujetos privados para el cumplimiento de sus obligaciones o bien, por decisión política, se pretenda dejar más espacios a los agentes privados proveedores de asistencia sanitaria. La aportación de la colaboración público-privada a incrementar la eficiencia y calidad de los servicios públicos, exige un alto grado de aceptación social de la gestión privada del servicio público y un compromiso del sector privado con el interés general. El sector privado deberá cambiar del modelo cliente-proveedor al de socio público.

Hay que diferenciar la externalización de los servicios públicos, de los términos liberalización y privatización que, en ocasiones, se emplean erróneamente como sinónimos. Se identifica el término externalización con la institución de la gestión indirecta, inserta en las normas de organización y contratación pública, en sus distintas magnitudes e intensidades, dependiendo de la esencialidad del servicio objeto de prestación. Las nuevas formas de gestión no son supuestos de privatización de servicios públicos, pues no se trata de reducir la actividad pública de producción y distribución de servicios sanitarios mediante su traspaso a la iniciativa privada. Consiste, por el contrario, o bien en la privatización de la gestión o en lo que se ha denominado privatización de la organización de

los servicios sin cambio de titularidad. Las nuevas corrientes de la colaboración público-privada, son, más bien, actualizaciones de la técnica de financiación privada mediante *la gestión indirecta o externalización*, lo cual no está libre de polémica, cuyo principal motivo es el sustrato cultural.

Esta categoría de gestión indirecta, engloba una heterogeneidad de supuestos de ejercicio por sujetos privados de competencias asumidas como propias por la Administración Pública. Existe una sujeción de estas actividades públicas -funciones públicas-, en mayor o menor grado, a un régimen jurídico público, así como una vinculación de estos sujetos privados a la Administración por un conjunto de potestades de ordenación, de dirección y control.

Las Comunidades Autónomas, además de prever con carácter general la posibilidad de acudir a la colaboración de la iniciativa privada -gestión indirecta- para la prestación de servicios sanitarios, usualmente se han ocupado de regularla específicamente, en el marco de la legislación básica del Estado. Esta regulación es muy similar para todas ellas, estableciendo unas previsiones muy genéricas e incluyendo exigencias de la obtención de homologación o acreditación de los centros o entidades que deseen colaborar con la iniciativa pública. Esta colaboración, en todo caso, se ha de realizar teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización, necesidad de atención en cada momento y adecuada coordinación en la utilización de recursos públicos y privados. Las Comunidades Autónomas de Valencia, Madrid y Cataluña, son las que más han utilizado las fórmulas de colaboración público-privada para la realización de infraestructuras sanitarias y gestión de la asistencia sanitaria, despertando gran controversia. También en Castilla La Mancha, Castilla y León y Galicia, han iniciado la utilización de fórmulas de CPP, tipo PFI (Private Finance Initiative), para la construcción de hospitales -no se externaliza la gestión de la asistencia sanitaria-.

1.2. Gestión de la asistencia sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: El final de la apuesta por las técnicas de gestión empresarial

La configuración legal del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía de la Comunidad Autónoma de Andalucía se concreta tanto en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía como en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. Es la primera de estas Leyes la que encuadra la gestión administrativa de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad Autónoma.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en adelante SSPA, se define como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculadas a las mismas, orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria.

1.2.1. Ordenación de los servicios sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de salud, estas constituyen el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de atención primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.

Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía, cada Área de salud se divide territorialmente en zonas básicas de salud. Estas son el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud. En cuanto a la ordenación funcional, la asistencia sanitaria se prestará de manera integrada a través de programas médico-preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria. La asistencia sanitaria se organizará en dos niveles, que actuarán bajo criterios de coordinación: Atención primaria y Atención especializada.

Para la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de atención primaria de salud de Andalucía, existirá el distrito de atención primaria, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Consejería de Salud.

Cada Área de salud dispondrá de, al menos, un dispositivo de atención especializada de titularidad pública, al que pueda acceder la población de la misma para recibir dicha atención.

La Consejería de Salud, en el marco de la Ley 2/1998, podrá establecer otras estructuras con criterios de gestión y/o funcionales para la prestación de los servicios de atención primaria y/o especializada, atendiendo a razones de eficacia, del nivel de especialización de los centros y de la innovación tecnológica.

1.2.2. Régimen jurídico de los órganos, organismos y entidades públicas con competencias en gestión directa y prestación de servicios sanitarios

El artículo 45 de la Ley 2/1998, expresamente dispone que, además de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en Servicio Andaluz de Salud, en adelante SAS, el SSPA comprende los que integran las entidades de naturaleza pública adscritas a la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía.

En dicho contexto, desde el punto de vista instrumental, las competencias en materia de salud de la Administración de la Junta de Andalucía se ejercen en la actualidad por el SAS, en su condición de Agencia Administrativa, quedando con carácter hegemónico tras la reciente disolución de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias (APES), como se analiza más adelante.

A) Servicio Andaluz de Salud

El Servicio Andaluz de Salud se creó como un Organismo Autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud para la gestión y administración de los servicios públicos de atención sanitaria que dependen orgánica y funcionalmente del mismo y cuya titularidad corresponde a dicha Consejería.

A partir del Decreto 216/2011, de 28 de junio, de adecuación de diversos Organismos autónomos a las previsiones de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, tiene la condición de Agencia administrativa³ de las previstas en el art. 65 Ley 9/2007, continuando adscrito a la Consejería con competencias en materia de Salud, como a continuación se dirá. Por consiguiente el Servicio Andaluz de Salud se rige por el Derecho Administrativo.

En referencia a sus normas de creación, la organización y funciones del SAS se regulan en el Capítulo VI del Título VII de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, Capítulo que ha sido desarrollado por sucesivos decretos, estando vigente en la actualidad, el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud. También son de aplicación al SAS, los artículos vigentes de la Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud.

El SAS se estructura en los siguientes órganos superiores de dirección y gestión (Art. 67 Ley 2/1998):

- Consejo de Administración.
- Dirección Gerencia.

³ Según el art. 65 Ley 9/2007, las agencias administrativas son entidades públicas que se rigen por el Derecho Administrativo, a las que se atribuye, en ejecución de programas específicos de la actividad de una Consejería, la realización de actividades de promoción, prestacionales, de gestión de servicios públicos y otras actividades administrativas. Se rigen por el mismo régimen jurídico de personal, presupuestario, económico-financiero, de control y contabilidad que el establecido para la Administración de la Junta de Andalucía.

- Las Direcciones Generales que se establezcan.

Funciones del Servicio Andaluz de Salud

Bajo la dirección, supervisión y control de la Consejería con competencias en Salud, desarrollará las siguientes funciones, reguladas en el art. 65 de la Ley 2/1998:

- Gestión y administración de los centros y servicios sanitarios adscritos al mismo, y que operen bajo su dependencia orgánica y funcional.
- Prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios sanitarios.
- Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones que le están encomendadas.
- Aquellas que se le atribuyan reglamentariamente.

En la actualidad en virtud del Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud, está adscrito como entidad instrumental a la Viceconsejería (Art. 2.3). Es la Consejería de Salud y Familias a la que corresponde la ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación, asistencia sanitaria, consumo, políticas de promoción de las familias, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.

Otras formas de gestión de centros y servicios en el Servicio Andaluz de Salud son las siguientes:

a) Las Áreas de Gestión Sanitaria

En base al art. 57 de la Ley 2/1998 y con el objetivo de impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria, se han constituido Áreas de Gestión Sanitaria dependientes del SAS, para la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio Andaluz de Salud, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Realizan la gestión unitaria de los recursos de una o varias Áreas Hospitalarias y de uno o varios Distritos de Atención primaria, así como de aquellos otros centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía que se le adscriban. No tienen personalidad jurídica.

El personal y los recursos de las Áreas Hospitalarias y de los Distritos de Atención primaria, pasan a estar adscritos a las Áreas de Gestión Sanitaria.

En cuanto a las normas reguladoras, dos Áreas de Gestión Sanitaria han sido creadas por Decreto, al amparo de la Disposición Adicional Segunda de la Ley 9/1993, de 30 de diciembre de Presupuestos para la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1994, y el resto, en base al art. 57 de la Ley 2/1998, creadas por Orden, existiendo actualmente, dieciséis en total⁴.

⁴ Áreas de Gestión Sanitaria:

- Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
- Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Este
- Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Córdoba
- Área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba
- Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Granada
- Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva
- Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén

La regulación de las Áreas de Gestión Sanitaria es casi idéntica, por lo que se analizarán conjuntamente.

En cuanto a su estructura orgánica, los órganos de Dirección y Gestión del Área de Gestión Sanitaria son los siguientes:

- El Consejo de Dirección, órgano superior de dirección y gestión.
- El Gerente del Área de Gestión Sanitaria, que tiene a su cargo la gestión directa de las actividades de la misma, de acuerdo con las directrices marcadas por el Consejo de Dirección, y en dependencia, jerárquica y funcional del mismo. Será nombrado y cesado por el Director Gerente del SAS.
- Los órganos y unidades administrativas que se establezcan
- El órgano colegiado de participación social es la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, regulada por el Decreto 529/2004, de 16 de noviembre.

De acuerdo con los criterios y directrices generales establecidos por la Consejería competente en materia de Salud y el SAS, cada Área de Gestión Sanitaria desarrollará las funciones de *dirección, gestión y evaluación* de todas las actividades de las instituciones y centros sanitarios integrados en la misma, y en particular las siguientes:

- La Administración y gestión de los Centros y Servicios Sanitarios que se le adscriban.
- La organización, gestión y evaluación de las actividades y programas de atención sanitaria a la población de su ámbito en lo relativo a la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.
- Gestión de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas a las que tengan derecho los ciudadanos de su ámbito territorial.
- Gestión de los acuerdos, convenios y conciertos en su ámbito territorial y competencial.
- Elaboración y presentación al SAS de las previsiones presupuestarias del Área.
- La gestión y administración de los recursos presupuestarios correspondientes, sin perjuicio de las competencias que correspondan a otros órganos.
- La dirección y gestión del personal adscrito al conjunto de las instituciones y centros integrados e el Área de Gestión Sanitaria.
- Organización y desarrollo de las funciones del SAS en materia de formación, docencia e investigación.

b) Otras formas de gestión

El art. 66 Ley 2/1998 prevé que para la gestión de los centros y servicios adscritos, el SAS podrá elevar a la Consejería de Salud para su aprobación, propuestas para:

- La constitución de consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades de naturaleza o titularidad pública o privada

Área de Gestión Sanitaria Nordeste de Jaén
Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía
Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga
Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga
Área de Gestión Sanitaria de Osuna
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales.

- La creación o participación en cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión y ejecución de los centros y servicios adscritos al mismo.

Adscrito funcionalmente al Servicio Andaluz de Salud, el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, que es una entidad de derecho público integrada por el propio SAS y la provincia Bética Nuestra Señora de la Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y constituida mediante Convenio de 1 de Diciembre de 2003 previo acuerdo de Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Tiene como objetivo la prestación de asistencia sanitaria a municipios de la zona del Aljarafe en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, cuya plena capacidad asistencial aporta al Consorcio la provincia Bética de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, propietaria del mismo.

B) Agencias Públicas Empresariales

En la década de los noventa, se crearon en Andalucía Empresas públicas⁵ para la gestión de servicios sanitarios competencia de la Comunidad Autónoma. Esas empresas públicas se han transformado en Agencias Públicas Empresariales⁶.

De acuerdo con el art. 68 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, las Agencias Públicas Empresariales (APES) son entidades públicas instrumentales a las que se atribuye la realización de actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público, sean o no susceptibles de contraprestación, y que aplican técnicas de gestión empresarial en ejecución de competencias propias o de programas específicos de una o varias Consejerías, en el marco de la planificación y dirección de estas. Se trata de Entidades de Derecho Público, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado.

El personal de las Agencias Públicas Empresariales se rige en todo caso por el Derecho Laboral, así como por lo que le sea de aplicación en la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. Será seleccionado mediante convocatoria pública en medios oficiales, basada en los principios de igualdad, mérito y capacidad.

Es personal directivo de las Agencias Públicas Empresariales el que ocupa puestos de trabajo determinados como tales en los estatutos, en atención a la especial responsabilidad, competencia técnica y relevancia de las tareas asignadas. Su régimen jurídico será el previsto en el artículo 13 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público, y en la normativa de desarrollo dictada por la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Al Servicio Andaluz de Salud, al que se le adscriben la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, la Agencia Pública Empresarial

⁵ Referente a las antecesoras empresas públicas hay que considerar el art. 6º de la derogada Ley 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que decía textualmente: “Son empresas de la Junta de Andalucía, a efectos de esta Ley: a) Las sociedades mercantiles, en cuyo capital sea mayoritaria la participación de la Junta o de sus organismos autónomos; b) Las entidades de derecho público con personalidad jurídica, que por Ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado. Las empresas de la Junta se regirán por su legislación específica y por la normas de Derecho Mercantil, Civil o Laboral, salvo en las materias en las que les sea de aplicación la presente Ley”.

⁶ Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir: Todas ellas se crearon como Entidades de Derecho público de las previstas en el artículo 6.1.b) de la Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía (Ley 5/1983, actualmente derogada); se trata de Entidades de Derecho Público, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado.

Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y Familias (Art. 2.3, Decreto 105/2019 de la Consejería de Salud y Familias).

El contenido de las normas reguladoras de estas Agencias Públicas Empresariales es casi idéntico. La regulación de la organización de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias se rige por sus respectivos Estatutos. Su estructura, además de la administrativa necesaria para su funcionamiento, es la siguiente:

- *Órganos rectores: Consejo de Administración* y el Director Gerente
- *Órgano Asesor de participación: Comisión Consultiva, como órgano asesor.*

C) Disolución de las Agencias públicas empresariales: La asunción por el Servicio Andaluz de Salud de sus fines y objetivos

Aunque el papel de las APES se ha revelado como esencial en su respectivo ámbito geográfico, se ha constatado la existencia de disfunciones generadas por la falta de homogeneidad de la naturaleza jurídica de dichas APES con la del SAS que, a la postre, inciden en la misión asistencial que les compete.

El Gobierno andaluz, mediante el Decreto 193/2021, de 6 de julio, ha dispuesto la asunción por parte del SAS de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias. El objetivo de la medida de reorganización es profundizar en la configuración más racional del SSPA, como un sistema único, que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española, extinguiendo dichos entes instrumentales, unificando los recursos sanitarios asistenciales de esas entidades en el SAS. Para ello, se han publicado los Decretos de disolución⁷. Curiosamente este cambio en la gestión coincide con el nuevo signo político del Gobierno, tras muchos años de Gobiernos socialistas.

D) El futuro del personal de las Agencias Públicas Empresariales

En el Decreto 193/2021, también se prevé que de conformidad con lo dispuesto en el art. 44 del Estatuto de los Trabajadores, el SAS se subrogará en la condición de empleador del personal laboral de las APES, a cuyo efecto continuarán los procesos selectivos no finalizados que hubieran sido convocados por dichas APES. Todo ello, sin perjuicio de los procedimientos voluntarios de estatutización que, en el futuro, se establezcan por parte del SAS conforme a lo dispuesto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

⁷ Decreto 290/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Costa del Sol*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

Decreto 291/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la *Empresa Pública de Emergencias Sanitarias M.P.*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

Decreto 292/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Hospital de Poniente de Almería*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio

Decreto 293/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Hospital Alto Guadalquivir*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio

Decreto 294/2021, de 28 de diciembre, por el que se disuelve la Agencia Pública Empresarial Sanitaria *Bajo Guadalquivir*, se designa órgano liquidador, se establecen medidas en materia de personal y otras medidas organizativas de carácter transitorio.

Se plantea en la situación transitoria el siguiente problema: La actual normativa reguladora del SAS no contempla que esta Agencia administrativa pueda contratar a personal de naturaleza contractual laboral, excepción hecha de los profesionales asistenciales residentes en formación. A ello se ha de añadir que, como se ha previsto una sucesión empresarial, con el despliegue pleno de los efectos del artículo 44 del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, la sustitución de este profesional laboral integrado no puede efectuarse por un personal estatutario temporal, dada la diferente naturaleza jurídica de ambas relaciones contractuales, lo que trae como consecuencia inmediata de esta imposibilidad legal de efectuar contrataciones bajo el amparo del régimen jurídico laboral que el personal integrado que, por las circunstancias legalmente establecidas curse una baja laboral o una suspensión de su contrato de trabajo, no podrá ser sustituido, con lo que ello supone de merma de la calidad asistencial, incremento de las demoras de los tiempos de espera, posibilidad de reclamaciones por exceder de los tiempos establecidos en la normativa sobre garantías de tiempo de respuesta, o, aún peor, en las actuales circunstancias en que la situación de la pandemia mundial por COVID-19 aún sigue incidiendo en el SSPA.

La respuesta que se ha dado es el Decreto-ley 29/2021, de 28 de diciembre, por el que se autoriza al Servicio Andaluz de Salud para contratar a personal laboral temporal prevé que hasta tanto finalicen los procesos de estatutarización del personal laboral de las Agencias Públicas Empresariales, el Servicio Andaluz de Salud podrá contratar temporalmente personal laboral no sujeto al VI Convenio Colectivo del personal laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, previa autorización de la Consejería competente en materia de regeneración, previo informe favorable de la Consejería competente en materia de hacienda.

Dichas contrataciones, que tendrán por objeto cubrir las sustituciones de los profesionales laborales integrados, se realizarán para mantener homogéneas las relaciones de empleo del personal de cada uno de los centros sanitarios gestionados por las Agencias Públicas Empresariales sanitarias disueltas y con el fin de posibilitar la eficacia en la gestión, en el marco del proceso extinción de dichas Agencias.

Así pues, mientras tiene lugar el procedimiento de estatutarización conforme a lo previsto en la disposición adicional quinta de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, el personal de las APES que se integra en el SAS se regirá por las condiciones establecidas en sus contratos de trabajo, en su convenio colectivo vigente y demás previsiones que resulten de aplicación conforme a la legislación laboral, y de acuerdo con el régimen organizativo y funcional del centro o establecimiento del SAS al que se adscribe.

E) Personal del Sistema Nacional de Salud: La utilización del Derecho del Trabajo no justifica una mayor eficiencia en la gestión

Uno de los argumentos utilizados para proponer y regular nuevas formas de gestión en los servicios sanitarios públicos, es precisamente, que se consiguen mayores niveles de eficiencia cuando el personal está sometido al Derecho del Trabajo, respecto al personal funcionario/estatutario, sometido al Derecho público.

En el SSPA, al igual que en el Sistema Nacional de Salud han coexistido, junto al personal estatutario -el mayoritario-, personal funcionario y laboral. A raíz de la disolución de las APES como se ha expuesto, el personal del SSPA es, en su totalidad, estatutario.

Los regímenes jurídicos aplicables a los empleados públicos sanitarios, en el SNS, están en permanente ósmosis, máxime desde la entrada en vigor del Estatuto Básico del Empleado Público, que es la norma clave, junto con el Estatuto Marco, de referencia para conocer el régimen jurídico aplicable al personal del SNS.

Las diferencias básicas, entre la relación jurídica funcional/estatutaria y la laboral, se centran en la constitución de la relación, en la negociación colectiva y a diferencia con la norma laboral, el régimen estatutario/funcional establecido con carácter general, no puede ser modificado o alterado por la Administración en relación a un caso singular y en perjuicio o en ventaja de alguno o algunos de los funcionarios públicos/personal estatutario, ni en vía contractual ni unilateralmente, a menos que el propio instrumento normativo así lo autorice. Finalmente hay diferencias en cuanto a la jurisdicción competente.

Tiene especial interés, comparar los diferentes regímenes aplicables al personal de los Servicios de Salud y realizar una valoración, desde una perspectiva global y jurídico-organizacional, para determinar, en términos generales, las ventajas e inconvenientes que cada uno de esos universos normativos poseen a los efectos de la gestión de los recursos humanos en el ámbito de los centros sanitarios. Para ello, metodológicamente, utilizamos la idea de la flexibilidad, tanto externa como interna.

En cuanto a la flexibilidad externa, es mayor, tanto a la entrada como a la salida en la normativa laboral que en la estatutaria/funcional. El fundamento de esa rigidez del modelo estatutario/funcional, podría pensarse que se halla en la voluntad de salvaguardar la imparcialidad, la independencia y la profesionalidad del personal estatutario, en un intento de garantizar la mejor defensa posible del interés público en juego, incluso frente al propio principio de jerarquía orgánica presente en el ámbito administrativo. Respecto a ello se puede hacer la siguiente reflexión. La estabilidad no tiene valor por sí misma, sino en cuanto se traduce en elementos como la inversión empresarial o de la institución sanitaria en formación profesional, la profesionalidad del personal, el compromiso del trabajador con la organización y con sus valores culturales, etc. Además, la estabilidad corre el riesgo de convertirse, en una medida perjudicial para la motivación del propio personal en la prestación de sus servicios; y junto a ello cabe tener en cuenta que la profesionalidad sólo puede justificar adecuadamente la estabilidad del personal cuando va acompañada de otras medidas. No se requiere la “rigidez” como presupuesto necesario para tener un personal imparcial y profesional; ejemplo de ello es que aquélla no es un presupuesto de la normativa laboral y no existen dudas sobre la profesionalidad de los trabajadores, sanitarios y no sanitarios, sometidos al Derecho del Trabajo.

En cuanto a la “flexibilidad interna”, la normativa laboral, de nuevo, resulta más flexible que la estatutaria, si bien con ciertas excepciones. En efecto, en algunos casos -tiempo de trabajo y movilidad- la flexibilidad puede ser mayor en el ámbito del personal estatutario, a través de una vía indirecta, centrada en el importante papel que en esas materias puede cumplir la discrecionalidad directiva, basada o justificada en las “necesidades asistenciales”. En efecto, la jornada -complementaria y especial-, el horario, las vacaciones, las funciones o el lugar de trabajo - movilidad por razón del servicio- del personal estatutario pueden depender de hecho, tanto en su instauración como en su eventual modificación, de la decisión última de la institución sanitaria en la que presta servicios, tomando como base las “necesidades del servicio”. No hay duda, sin embargo, de que esa discrecionalidad debe entenderse limitada por la interdicción de la arbitrariedad y del abuso del derecho así como por el principio de igualdad y de derechos adquiridos, y debería restringirse, expresamente a través de la negociación colectiva desarrollada en ese ámbito.

1.2.3. Otras entidades públicas dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a Consejería con competencias en materia de salud especializadas en ámbitos funcionales distintos a la gestión de la asistencia sanitaria

Existen otras entidades 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:

- Bajo la forma jurídica de *fundación* existen las siguientes:
 - o Fundación Progreso y Salud.
 - o Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
 - o Fundación Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
 - o IAVANTE.
 - o Fundación Campus de la Salud de Granada
- Bajo la forma de *sociedad mercantil* del sector público andaluz: Escuela Andaluza de Salud Pública, S.A. (anteriormente era una Empresa Pública creada al amparo del art. 6.1. a. de la derogada Ley de Hacienda Pública de Andalucía). El Decreto 140/2013, de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud, lo considera una entidad instrumental de la Consejería.
- Por Decreto 318/1996, de 2 de julio, se creó la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía con la finalidad de fomentar la evaluación de tecnologías y procedimientos sanitarios en el Sistema Sanitario Andaluz. Es un Servicio Administrativo sin personalidad jurídica propia, adscrita a la Dirección General de Calidad, Investigación y Desarrollo e Innovación de la Consejería (art. 2.4 Decreto 140/2013).

1.2.4. Colaboración de la iniciativa privada en la gestión

La Ley 2/1998 dedica a la colaboración de la Administración Sanitaria con la iniciativa privada el Capítulo VII del Título VII, instrumentándose a través de los convenios singulares de vinculación y de los conciertos sanitarios.

Los *convenios singulares* son los suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros hospitalarios, para la vinculación de los mismos al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se registrarán por sus propias normas preferentemente, por la LGS, siéndoles de aplicación la normativa vigente de contratación administrativa.

Los *conciertos sanitarios* son los suscritos entre la Administración Sanitaria y entidades privadas titulares de centros y/o servicios sanitarios. Se regulan por la LGS, siéndoles de aplicación la normativa vigente de contratación administrativa. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto.

La suscripción de convenios y conciertos con entidades, empresas o profesionales para la prestación de servicios sanitarios se realizará teniendo en cuenta los principios de complementariedad, optimización de los recursos sanitarios propios, necesidades de atención en cada momento, así como la adecuada coordinación en la utilización de los recursos públicos y privados.

En igualdad de condiciones de eficacia, eficiencia y calidad, las entidades sin ánimo de lucro, tendrán consideración preferente para la suscripción de convenios y conciertos.

Los requisitos mínimos que deberán cumplir las entidades, centros y servicios para la suscripción de convenios o conciertos con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, son la homologación previa, la acreditación previa, el cumplimiento de la normativa vigente fiscal, laboral y de Seguridad Social y la adecuación a cuantas disposiciones y normas afecten a las actividades objeto del concierto o convenio.

Los efectos de la suscripción de convenios y conciertos son:

- El desarrollo de las funciones propias de los centros sanitarios de acuerdo con lo que reglamentariamente se determine.
- El cumplimiento de las directrices y criterios de actuación establecidos por los órganos de la Administración de la Junta de Andalucía, y específicamente, la satisfacción de los principios informadores y objetivos establecidos en la Ley 2/1998.
- La satisfacción de las necesidades de información sanitaria y estadística que reglamentariamente se determinen, así como el sometimiento a las inspecciones y controles que procedan para verificar los aspectos de carácter sanitario asistencial, estructurales y económicos que se establezcan.
- El cumplimiento de la normas de Homologación⁸ y acreditación, incluyendo aquellas referidas a gestión económica y contable que se determine. Se ha simplificado administrativamente en un solo procedimiento, la Autorización (Acreditación) y Homologación de los centros sanitarios previos los conciertos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley de Contratos del Sector Público, serán causas específicas de denuncia o resolución del convenio o concierto, por parte de la Administración Sanitaria, las siguientes: Prestar atención sanitaria objeto del convenio o concierto contraviniendo los principios y criterios establecidos en la presente Ley Salud de Andalucía y demás normativa que le resulte de aplicación, establecer sin autorización servicios complementarios no sanitarios o percibir por ellos cantidades no autorizadas, infringir con carácter grave la legislación laboral, de la Seguridad Social o fiscal, vulnerar los derechos reconocidos a los ciudadanos en las leyes y demás normativa, incumplir gravemente o de modo que repercuta sensiblemente en la adecuada prestación de los servicios las obligaciones, requisitos o condiciones establecidos o acordados para la suscripción de los convenios o conciertos y para el desarrollo de los servicios concertados o conveniados.

Respecto a las cooperativas, el art. 83 de la Ley 14/2011, de 23 de diciembre, de Sociedades Cooperativas Andaluzas, las clasifica en: a) Sociedades cooperativas de primer grado, que a su vez se subdividen en: Cooperativas de trabajo, Cooperativas de consumo, Cooperativas de servicios, Cooperativas especiales b) Sociedades cooperativas de segundo o ulterior grado, que a su vez se clasifican en Homogéneas. Heterogéneas.

⁸ El Decreto-ley 26/2021, de 14 de diciembre, por el que se adoptan medidas de simplificación administrativa y mejora de la calidad regulatoria para la reactivación económica en Andalucía establece: El artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, establece que los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquellas, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente. En el desarrollo de este imperativo legal, el artículo 76 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, determina que para la suscripción de convenios o conciertos, las entidades, centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas. *Así pues, el actual contexto normativo básico estatal y de desarrollo en Andalucía prevé la necesidad de la homologación con carácter previo a la concertación.* No obstante, la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado, determinó límites al establecimiento de trabas y barreras en la regulación de la actividad económica, así el artículo 5 prevé los principios de necesidad y proporcionalidad en los límites al acceso a actividades económicas o en su ejercicio, respecto a la salvaguarda del interés general que lo motiva, en este caso la salud pública. Asimismo, en su artículo 7, establece que la intervención de las distintas autoridades competentes garantizará que no genera un exceso de regulación o duplicidades. Los principios de no discriminación, cooperación y confianza mutua, necesidad y proporcionalidad de sus actuaciones establecidos por esta Ley, se garantizarán en particular en las disposiciones y actos, entre otros, de autorizaciones, licencias y concesiones administrativas y documentación relativa a los contratos públicos, incluidos sus pliegos y cláusulas.

2. PLANES Y ESTRATEGÍAS QUE ENMARCAN LAS POLÍTICAS DE LA SANIDAD ANDALUZA Y LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

En estos documentos⁹ se establecen el marco de actuación y los objetivos generales del Servicio Andaluz de Salud, así como los planes y las estrategias diseñadas para alcanzarlos.

1. Planes Marco

- Plan Andaluz de Salud y Planes Provinciales de Salud.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias: Plan andaluz de Urgencias y Emergencias (En revisión) y Plan de alta Frecuentación 2019-2020.

2. Estrategias

- Estrategia de Atención Primaria: Plan Estratégico 2020-2022
- Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía
- Estrategia de Cuidados de Andalucía: Actuación de Enfermería en la Prestación Farmacéutica de Andalucía e Innovación de Cuidados en la Atención Urgente
- Estrategia para la Seguridad del Pacientes
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud
- Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género
- Sistema Integral de Gestión Ambiental
- Seguridad Alimentaria: Estrategia de Seguridad Alimentaria en Andalucía 2018-2022

3. ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN ANDALUCÍA

La prestación directa de servicios sanitarios se realiza en dos niveles de Atención: primaria y especializada.

La Atención primaria es el primer nivel de atención e integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud. Los servicios de atención primaria están organizados en distritos, 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 (*centros de salud y consultorios médicos*), donde se proporciona una asistencia sanitaria en primera instancia.

La Atención Hospitalaria o Especializada es el segundo nivel de atención y atiende a los pacientes que requieren atención sanitaria que no puede ser resuelta por la Atención primaria. Asimismo, en ellos se desarrolla docencia e investigación, con mayor envergadura que en Atención primaria.

3.1. Atención Primaria de Salud

3.1.1. Ordenación y Estructura de los servicios de Atención primaria¹⁰

La Ley 8/1986, creadora del Servicio Andaluz de Salud, determina que, coincidiendo con cada provincia, el Servicio Andaluz de Salud se ordena en ocho demarcaciones territoriales, denominadas Áreas de salud. Es decir, cada provincia andaluza es un Área de Salud.

⁹ <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias>

¹⁰ Normas de referencia:

-Ley 2/1998 de Salud de Andalucía

-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.

Cada Área de Salud estará integrada administrativa y funcionalmente por unidades menores que son de dos tipos:

- Distritos de Atención primaria de Salud: comprenden Zonas Básicas de Salud
- Áreas hospitalarias.

En los casos en que se establezcan Áreas de Gestión Sanitaria del art. 57 de la LSA, la organización de la Atención primaria quedará definida en la norma de creación de cada Área de Gestión Sanitaria, si bien las Zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organizarán conforme a los criterios establecidos en el Decreto 197/2007.

En cuanto a la estructura los servicios de atención primaria de salud se organizan en Distritos de atención primaria que integran demarcaciones territoriales, denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican centros de atención primaria, en donde se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía.

En el Distritos de Atención primaria se integran las Unidades de Gestión Clínica de las Zonas Básicas de Salud el Dispositivo de Apoyo.

Órganos de dirección

- Dirección Gerencia
- Dirección de Salud
- Dirección de Cuidados de enfermería
- Dirección de Gestión Económica y desarrollo profesional

Órganos de asesoramiento

- Comisión de dirección
- Comisiones técnicas:

La Dirección Gerencia del Distrito de atención primaria designará los miembros de las diferentes Comisiones técnicas, en número superior a cinco e inferior a doce, con una composición equilibrada en términos de representación de hombres y mujeres, no pudiendo ninguno de los géneros tener una presencia superior al sesenta por ciento ni inferior al cuarenta por ciento.

Comisiones:

- Calidad y procesos asistenciales
- Uso racional del medicamento
- Formación y docencia
- Ética e investigación sanitaria,
- Salud Pública

Órganos Intermedios e Instrumentos de gestión

- Dirección de UGC
- Coordinación de los cuidados de enfermería en la UGC
- Coordinaciones de Servicios

-Decreto 75/2007, de 13 de marzo, por el que se regula el sistema de provisión de puestos directivos y cargos intermedios de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud

- Jefaturas de Servicio Administrativo

Dispositivo de Apoyo

Está integrado por los profesionales que realizan funciones administrativas, de gestión, técnicas o asistenciales, necesarias para asegurar la Atención primaria de salud a la población y el funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica

Profesionales adscritos al Dispositivo de Apoyo:

- Profesionales del área de salud bucodental
- Fisioterapeuta
- Matronas
- Técnicos superiores
- Trabajadores sociales
- Personal de gestión y servicios
- Personal de los DECU's
- Servicios de salud pública
- Servicio de Farmacia
- Servicios de desarrollo profesional y económico-financiero
- Servicio de atención a la ciudadanía
- Epidemiólogos y técnicos de salud

Unidades de Gestión Clínica

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Atención primaria de salud es la estructura organizativa responsable de la atención primaria de salud a la población y está integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a las zonas básicas de salud (art. 22). Hasta la publicación del Decreto 197/07 la estructura de las actuales Unidades de gestión la han conformado los equipos básicos de atención primaria.

Objetivos:

- desarrollo actividad asistenciales
- promoción de la salud
- cuidados de enfermería

Criterios

- Autonomía organizativa
- Corresponsabilidad de gestión de recursos
- Buena práctica clínica

Características

La UGC se basa en un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión.

Composición:

Funciones

Órganos intermedios

- Dirección
- Coordinación de cuidados de enfermería de la UGC

Acuerdo de gestión clínica

3.1.2. Renovación de la Atención primaria, la Estrategia de Atención Primaria: Plan Estratégico 2020-2022

La Estrategia de Atención Primaria¹¹ se diseña con el objetivo de definir e implementar las medidas estructurales sobre las que debe fundamentarse la Atención Primaria andaluza en los próximos años.

Se ha realizado un análisis de la evolución de la Atención primaria y de la disposición de recursos humanos desde el año 2020, teniendo en cuenta indicadores como: Actividad en Medicina de Familia, Solicitud de cita por canales externos, Demora media, Consulta de acogida de enfermería, Atención a personas con patología crónicas, Horario de los Centros de Atención primaria.

Las medidas propuestas actualizadas a 24/11/2021 son:

- *Mejorar la accesibilidad:*
 - Redefinición de agendas profesionales según tipos de demanda clínica y tipos de intervención (presencial en centro, domicilio, consulta telefónica o videoconsulta/telemedicina...).
- *Gestión eficiente de la demanda asistencial*
 - Ordenación de la respuesta asistencial, agilizando y situando la respuesta en el profesional que pueda dar respuesta al tipo de demanda de manera más adecuada y eficiente.
 - Consulta de acogida, primera valoración y resolución de la demanda no demorable por las enfermeras de Atención Primaria.
- *Atención a la cronicidad, sociosanitaria y salud mental y apoyo en cuidados paliativos*
 - Seguimiento proactivo del paciente crónico, con especial énfasis en el paciente crónico complejo
- *Atención a la comunidad*
 - Promoción de activos para la salud como forma de participación ciudadana en el cuidado de la salud
- *Nuevos perfiles profesionales*
 - Administrativo de la salud. Formación y competencias para el seguimiento de algunos aspectos no asistenciales que precisa la ciudadanía en su interacción con el sistema sanitario.
 - Nuevo enfoque de las enfermeras referentes para los centros escolares “Enfermeras Escolares”. Se ampliarán y desarrollarán nuevas competencias.

¹¹ <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-atencion-primaria-plan-estrategico-2020-2022>

- Desarrollo de la enfermería de práctica avanzada. Se reforzará su papel en el abordaje específico de las personas con situaciones de cronicidad compleja y en el ámbito residencial.
- *Desburocratización*
 - El personal médico no asumirá trámites burocráticos que no sean de su competencia
- *Revisión de la cartera de servicios*
 - Nuevo modelo para la atención sanitaria a mayores que viven en residencias.
 - Desarrollo de la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo.
 - Tele/Videoconsulta y Telemedicina. Consulta telemática profesionales Atención Primaria- Atención Hospitalaria.
- *Plan de comunicación: Tu Atención primaria*
 - Elaboración, difusión e implantación de un plan de comunicación “Tu Atención Primaria” con el objetivo de dar relevancia que corresponde a la Atención Primaria
- *Uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta*
 - Potenciación y adaptación de las herramientas digitales. Nuevo modelo de consulta telefónica y videoconsulta, uso de buzón profesional, correo electrónico, Mercurio, ClicSalud+, App Salud Andalucía y desarrollo de la telemedicina.

En las medidas propuestas se constata la experiencia de la atención durante la Pandemia Covid que aún no ha finalizado.

3.1.3. Comentario crítico a la Gestión en Atención primaria en Andalucía y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud: Mayor satisfacción de los profesionales con resultados asistenciales similares mediante fórmulas indirectas

En Atención primaria, el modelo de gestión directa tradicional, es el denominado “Autonomía de gestión”. Es el más arraigado en el Sistema Nacional de Salud, alcanzando el 90% de los Equipos de Atención primaria; es el implantado en Andalucía. Es un modelo desconcentrado, en el seno de un único proveedor público -Servicio de Salud- que se basa en la dirección por objetivos, sustentada en un contrato programa con el proveedor, o bien, contratos de gestión, gestión clínica (procesos). Pretende generar competencia entre los Equipos de Atención primaria.

A pesar de ser un modelo transparente, flexible y participativo, tiene puntos débiles: Dudas sobre la capacidad de los incentivos para producir mejoras, falta de integración entre niveles asistenciales -Atención primaria y Atención especializada-, intromisión del planificador -Consejería competente en materia de Salud, Servicio Autónomo de Salud- en la fijación de objetivos y en la evaluación de su consecución, escaso sustento epidemiológico y en planes de salud, mayor énfasis en productos intermedios que en finales-resultados-, criterios económicos -ahorro sobre todo farmacéutico y también en gestión de la incapacidad temporal-, poco peso de los conceptos variables en la retribuciones -hasta un 10%-. La Pandemia Covid ha aflorado deficiencias e insuficiencias que se intenta paliar con el Plan Estratégico 2020-2022.

El Modelo de gestión indirecta de Atención primaria es el denominado de “Entidades de profesionales” -Cooperativas sanitarias, definidas y reguladas en la mayoría de las Comunidades Autónomas, y Sociedades, Mercantiles y Laborales-.

Con éstas fórmulas, se pretende dar un paso más, eliminando la relación de dependencia entre los profesionales y la organización, buscando un sistema diferente de vinculación de aquellos y su

mayor implicación en el proceso de gestión. Se trata de una fórmula de autogestión en la empresa y auto-organización del personal sanitario, diversificándose los proveedores privados.

Es importante señalar que a diferencia de la relación de instrumentalidad -que se articulaba a través del principio de tutela- existente la Administración matriz y el organismo, ente o sociedad, en los modelos clásicos de la Administración institucional, la vinculación entre las cooperativas asistenciales y las sociedades con el Sistema Público Sanitario se realiza fundamentalmente a través de conciertos o convenios, previstos en la Ley General de Sanidad, o bien contratos administrativos. Paralelamente, la relación funcional, de actividad y de resultados, se materializa mediante la firma de contratos-programa.

Ejemplos de esta modalidad indirecta, son las Entidades de Base Asociativa implantadas en Cataluña -incluyen cooperativas sanitarias- y las sociedades de profesionales con personalidad jurídica propia de la Comunidad de Madrid, para la gestión indirecta de los Centros de Atención primaria. Curiosamente las primeras, implantadas hace años, no despertaron tanta controversia como ocurrió en la Comunidad de Madrid.

Entre los beneficios de este modelo de gestión indirecta están, la mejor utilización de los recursos -mejora de los procesos, reducción de la variabilidad clínica, uso adecuado de recursos-, se facilita el trabajo en equipo; mayor grado de incentivar profesional; mejor relación médico paciente; más receptividad ante las demandas de los usuarios; mejora de la accesibilidad; potenciación de los servicios auxiliares; reequilibrio en la relación Atención primaria-Atención especializada. Los problemas que plantea este modelo son los siguientes: desconfianza de los usuarios - conflicto de intereses entre servicios prestados e incentivos sobre los médicos y otros profesionales sanitarios-, imperativos financieros -incentivar la buena práctica versus el ahorro-, limitación de beneficios -rentas personales versus retribuciones en especie, carrera profesional, tipo de dedicación, universalidad -voluntariado y monopolios naturales-, equidad de acceso, selección de riesgos, abuso de la temporalidad laboral, falta de equidad en la atención, falta de asunción de riesgos reales, predominio casi exclusivo de la función asistencial, clientelismo, refuerzo de la calidad aparente y aumento de los costes administrativos

En realidad hay pocos datos obtenidos de la utilización de modelos organizativos distintos del modelo tradicional. No obstante, los datos apuntan a una mayor satisfacción de los profesionales en los modelos autogestionados y a unos resultados equivalentes en cuanto a actividad, eficiencia y satisfacción ciudadana; es decir los resultados asistenciales de las diferentes fórmulas de gestión son similares. Es la propia diversificación, es decir la ausencia de una situación de monopolística en la provisión, y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y empresas, más que las características de un determinado modelo, lo que ha estimulado la escasa mejora.

El Sistema Nacional de Salud, tiene su base en una Atención primaria de salud eficiente y de calidad. Es necesario buscar, nuevas fórmulas de financiación, organización y gestión, que refuercen su capacidad de resolución ante los nuevos retos como la atención a la cronicidad.

Una mejor coordinación -continuidad- interniveles, entre Atención primaria y Atención especializada, se puede conseguir, pasando del hospital general al conglomerado hospitalario abierto.

3.2. Atención Especializada

3.2.1. Ordenación y Estructura de los servicios de Atención especializada¹²

La atención hospitalaria incluye la asistencia prestada por los médicos especialistas tanto en centros de especialidades como en hospitales.

¹² Normativa de referencia:
-Ley de salud de Andalucía 2/1998

A este nivel se ofrece a la ciudadanía 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 los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al SAS constituirán una Red Hospitalaria Pública Integrada de Andalucía, sin perjuicio de la utilización que, en su caso, pueda realizarse mediante los correspondientes conciertos con centros no integrados en la misma.

Estructura

Tal y como establece la Ley de Salud de Andalucía en su art. 55, es competencia del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía determinar los órganos, la estructura y el funcionamiento de los Hospitales. La estructura de dirección, gestión y administración, será única para el Hospital y los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo.

Órganos de dirección y gestión

Son órganos unipersonales de Dirección:

- La Dirección Gerencia: Depende jerárquica y funcionalmente de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Familias
 - La dirección Médica
 - La dirección de Enfermería
 - La Dirección Económico-Administrativa
 - La dirección de Servicios Generales
- Excepcionalmente: subdirector Gerente y Subdirector de cada dirección
 - El órgano Colegiado de Dirección es la Comisión de Dirección del Hospital
 - Órganos Asesores Colegiados y ahora de Participación
- Junta del Hospital (La Junta del Hospital y Centros Periféricos de Especialidades)
- Junta Facultativa
- Junta de Enfermería

El Mapa de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía es el siguiente:

- Hospitales regionales: son los hospitales de mayor rango y sirven a toda la población de la comunidad autónoma. Ofrecen todas las especialidades de la sanidad pública.
- Hospitales de especialidades: dan servicio a la provincia en la que están situados. Disponen de un mayor número de especialidades que un hospital comarcal.
- Hospitales comarcales: prestan servicio a los núcleos de población cercanos, como máximo a una hora de distancia. Proporcionan las especialidades hospitalarias básicas.

-Decreto 105/1986 Ordenación de los Hospitales del SAS

-Decreto 462/1996, DE 8 de octubre, por el que se modifica el d 105/1986, de 11 de junio, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y de órganos de dirección de los hospitales

-Resolución de 11 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Salud.

-Resolución de 19 de Junio de 2018 de la Viceconsejería, por la que se da publicidad a la denominación de los Hospitales del SSPA y los centros que los integran

-Resolución 29/94, de 23 de diciembre, del SAS: Nombra al director Económico-Administrativo como suplente del gerente en caso de vacante, ausencia o enfermedad del mismo

-Resolución de 29 de julio de 2019, de la Viceconsejería, por la que se da publicidad a la denominación de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y los centros que los integran.

- Centros hospitalarios de alta resolución (CHARE): son centros hospitalarios locales de reciente creación, que tienen como objetivo descongestionar los hospitales de mayor rango y disminuir los tiempos de respuesta mediante la atención especializada básica (consultas por acto único, alternativas a la hospitalización tradicional, cirugía sin ingreso, etc.).

El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta en la actualidad con 83 centros de atención especializada: 36 de ellos son centros de especialidades de consultas externas y los 47 restantes son hospitales.³ Los centros hospitalarios se reparten de la siguiente forma:

- Servicio Andaluz de Salud: 29 hospitales
- Agencias Públicas Empresariales: 18 hospitales, repartidos de la siguiente manera:
- Agencia Sanitaria Costa del Sol: 2 hospitales más un centro especializado
- Agencia Sanitaria Hospital de Poniente: 4 hospitales
- Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir: 7 hospitales
- Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir: 4 hospitales

Artículo principal: Anexo:Hospitales públicos de Andalucía

3.2.2. Instrumentos de gestión

A) El Plan General Hospitalario

El artículo 28 del Decreto 105/1986 prescribe que «todos los Hospitales y Centros de Especialidades adscritos deberán contar con un Plan General, que habrá de definir:

- La estructura, organización y coordinación de los Servicios y Unidades del Hospital y Centros Adscritos
- Las normas de coordinación asistencial para la derivación de pacientes a otros Centros Sanitarios.
- Las normas de admisión de enfermos para la hospitalización, consulta externa y urgencias.
- Las normas para situaciones de emergencia, desastre o desalojo.

El Plan General Hospitalario, se ajustará a los criterios fijados por la Consejería de Salud, tendrá en cuenta las necesidades asistenciales del Área Hospitalaria que corresponda y los planes y programas de la Atención Primaria de Salud.

La Disposición Transitoria Primera del Decreto concedía un plazo de un año, a partir de la entrada en vigor del mismo, para que la Dirección de cada Hospital y Centro de Especialidades adscrito presentara a los órganos competentes, para su aprobación, el Plan General.

B) El Contrato Programa

Marca las líneas y objetivos a seguir para garantizar la eficiencia y la eficacia en la gestión. A través del mismo se establece la dinámica de relaciones del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con sus centros. Este documento, que está firmado con la Dirección Gerencia del SAS, contempla los objetivos, actividades, metodología y recursos con los que cuenta el Hospital para llevar a cabo sus fines, que no son otros que la Promoción de la Salud y la Asistencia Sanitaria.

C) El Acuerdo de Gestión Clínica (AGC)

-Es un documento suscrito por la Dirección de cada Unidad de Gestión y la Dirección Gerencia del Hospital. Las unidades de gestión clínica constituyen un modelo organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

-En el AGC se determinan los recursos directamente asignados a cada unidad de gestión y sus objetivos, tanto asistenciales como formativos, docentes, de I+D+i, presupuestarios y de cualquier otra índole que esté en relación con el Contrato Programa del centro y como herramienta para la descentralización del mismo.

Tanto el Contrato Programa de los centros como los Acuerdos de Gestión de las unidades de gestión clínica, se basan en un conjunto de valores y están dirigidos a asegurar a la ciudadanía una atención sanitaria integral y de calidad.

D) La Gestión por Procesos

Es un sistema de gestión enfocado a perseguir la mejora continua para conseguir una gestión óptima de los recursos y una prestación de servicios sanitarios eficiente, equitativa y sostenible orientada al ciudadano, teniendo en cuenta la gran variabilidad y complejidad, tanto de los procesos asistenciales como de los no asistenciales.

Para el seguimiento y evaluación de los objetivos e indicadores de Contrato Programa y de los Acuerdos de Gestión Clínica, los Hospitales cuentan con la herramienta denominada SIREO (Sistema de Información, Registro y Evaluación de Objetivos).

E) Cuadro de Mando

Es una herramienta de apoyo a la gestión que permite medir el grado de cumplimiento de los objetivos del Centro mediante los distintos indicadores establecidos para su medición. A través de los diferentes informes, con periodicidad mensual, se muestran los resultados obtenidos en los distintos ámbitos, tanto asistenciales como económicos y de gestión.

F) El Sistema de Contabilidad Analítica, CoanHyD

Además de facilitar el seguimiento presupuestario mensual a los responsables de las unidades, permite detectar potenciales áreas de mejora en la eficiencia.

G) Herramienta de Seguimiento Presupuestario

Se facilita el seguimiento mensual del asignado a cada unidad de gestión clínica así como el resumen de las cantidades y precios unitarios de los productos consumidos, facilitando el control por parte de los responsables de las unidades.

Estas herramientas básicas, junto con otros informes y auditorías realizados desde la Unidad de Calidad y desde otras áreas, facilitan la evaluación periódica y transparente de los citados objetivos.

H) Planes Asistenciales

3.3. La Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias en Andalucía

Actualmente la Atención a las Urgencias y emergencias Sanitarias está en fase de reorganización en Andalucía. Por una parte, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias está en revisión, y por otro lado, el Decreto 291/2021, de 28 de diciembre, que disuelve la Empresa Pública de Emergencias

Sanitarias (EPES), siendo el Servicio Andaluz de Salud quien asume de manera efectiva la totalidad de los fines y objetivos de la EPES.

Según sus Estatutos, el objeto de la EPES es llevar a cabo la prestación de la asistencia sanitaria a las personas con urgencias médicas, cuyo diagnóstico o tratamiento requieran una asistencia inmediata y de alta complejidad, a la vez que comporten un riesgo grave para la vida o puedan producir secuelas graves y permanentes al individuo.

Hasta ahora, la Atención a las Urgencias y Emergencias se presta por Atención primaria (Servicio de Urgencias de Atención primaria, Equipos movilizables, Equipos movilizables avanzados) EPES/061 y Equipo Básico de Atención primaria) y Atención especializada (Servicios de Urgencias Hospitalarios).

La medida de reordenación propiciará evitar disfunciones y establecer un modelo más eficiente que aglutinará de forma homogénea toda la actividad asistencial extrahospitalaria por vía terrestre o aérea de las urgencias y emergencias sanitarias de Andalucía, continuando con la calidad, mejora continua y seguridad del paciente. Asimismo, la asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los recursos de la EPES posibilitará su utilización para la gestión de los recursos asistenciales de urgencias, emergencias y atención a incidentes de múltiples víctimas y catástrofes de todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía, así como la ampliación de la cartera de servicios de estos recursos gestionados desde el centro coordinador de urgencias y emergencias sanitarias, permitiendo implementar nuevos programas, en los que el soporte telemático sea rentable social y económicamente, y se mejore de forma significativa la asistencia de la población sensible por edad o patología y, en general, contribuya también a la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos de áreas rurales con significativa dispersión geográfica

3.4. Ordenación de la Salud Mental¹³

3.4.1. En Atención primaria

- Funciones de los centros
- Establecer el primer contacto con las citadas personas.
- Realizar la valoración y definición de las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
- Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
- Realizar la derivación de las citadas personas al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.
- Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
- Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

3.4.2. En Asistencia especializada

Se realiza a través de los siguientes dispositivos:

- Unidad de salud mental comunitaria. Es:
 - o El Primer nivel y dispositivo básico

¹³ Decreto 77/2008, de 4 de marzo. ordenación administrativa y funcional de los Servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud

- El resto de dispositivos se coordinan con ella
- Unidad de hospitalización de salud mental
- Unidad de salud mental Infanto juvenil
- Unidad de Rehabilitación de salud mental
- Hospital de día de Salud Mental
- Comunidad Terapéutica de Salud mental

Tipos de profesionales en estos dispositivos

- Psiquiatría.
- Psicología Clínica.
- Enfermería.
- Terapia Ocupacional.
- Auxiliar de Enfermería.
- Trabajo Social.

Monitor Ocupacional.

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental

Es la estructura organizativa responsable de la atención especializada a la salud mental de la población e incorpora los dispositivos asistenciales de salud mental del área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente.

Otras entidades asistenciales

Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental

3.5. Centros con Terapias con Sustancias de Origen Humano

3.5.1. Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células

El Decreto 1/2013, de 8 de enero, por el que se regula la autorización para la constitución y funcionamiento de Biobancos con fines de investigación biomédica, crea el Registro de Biobancos y el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dependiente de la Consejería competente en materia de salud, como un Biobanco en Red donde se integran todas las unidades hospitalarias, Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, bancos de líneas celulares, bancos que puedan contener y procesar células, tejidos, sustancias y muestras biológicas para uso clínico o de investigación, y biobancos para la investigación de los centros sanitarios de la red pública andaluza.

El Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía contiene dos grandes áreas:

- Área Funcional Asistencial del Biobanco, actualmente desarrollada por los Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, y por las unidades hospitalarias de los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía encargadas de todas las actividades relacionadas con la obtención, tratamiento, procesamiento, preparación, preservación y distribución de sangre y sus componentes, de tejidos y células con finalidad de ser destinados a uso clínico y terapéutico.
- Área Funcional de Investigación del Biobanco, encargada de todas las actividades relacionadas con la obtención, preparación, tratamiento, procesamiento, preservación

y distribución de sangre, células, tejidos, muestras biológicas y cualquier otra sustancia humana con destino a ser utilizados en investigación.

Posteriormente, mediante el Decreto 49/2017, de 21 de marzo, se constituye la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, y se regula su estructura y funcionamiento, dentro del Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía. También establece la regulación del funcionamiento de los centros asistenciales públicos de la Red dedicados a la obtención, procesamiento, preservación y distribución de tejidos humanos, células, sangre y productos derivados de la misma para su uso terapéutico en Andalucía, como nodos del Biobanco en Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Es la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, la ejecutora de las funciones asistenciales del Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La Red, se organizada en ocho nodos, uno por provincia, denominados Centros de Transfusión, Tejidos y Células.

Corresponden a la Red, a través de sus nodos, las siguientes funciones:

- a) La obtención, transformación, preparación, procesamiento, preservación, distribución y seguimiento del uso de sangre humana, y sus componentes y productos derivados dedicados a la transfusión y la hemoterapia.
- b) El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de células, y tejidos humanos.
- c) El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de derivados del plasma humano, y otros componentes de la sangre de uso no transfusional.

Los Órganos de Dirección de la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células son la Gerencia de la Red. b) La Dirección de Gestión y Profesionales de la Red

La Red contará con los siguientes órganos de gestión: a) Las Direcciones asistenciales de cada uno de los nodos. b) Las unidades de gestión y servicios de soporte que se establezcan.

3.5.2. Centros de Reproducción Humana Asistida¹⁴

Son centros sanitarios en los que los equipos biomédicos especialmente cualificados realizan técnicas de reproducción asistida o sus derivaciones, así como los bancos de recepción, conservación y distribución del material biológico o humano preciso.

Pueden disponer de las siguientes Unidades: Inseminación artificial, Fecundación in Vitro, Banco de semen, Laboratorio de capacitación espermática, Banco de embriones, Recuperación de oocitos, Banco de Ovocitos.

¹⁴ Además de la Legislación Europea y Estatal, hay que considerar la siguiente Autonómica:

-Ley 1/2007 de 16 de marzo. Reproducción humana asistida. Ley de investigación de reprogramación celular terapéutica en Andalucía.

-Ley 11/2007 de 26 de Noviembre. Genética. Ley de genética de Andalucía

-Ley 7/2003 de 20 de Octubre. Investigación Científica. Ley de investigación en Andalucía con preembriones humanos no viables.

-D 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.

-CORRECCIÓN de errores del Decreto 156/2005, de 28 de junio, por el que se regula el Diagnóstico Genético Preimplantatorio en el sistema sanitario público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción (BOJA núm. 135, de 13.7.2005).

-ORDEN de 25 de noviembre de 2008, por la que se actualiza el Anexo II del Decreto 156/2005, de 28 de junio, ampliándose el listado de enfermedades susceptibles de ser detectadas por el Diagnóstico Genético.

3.5.3. Centros con Trasplante de Tejidos

4. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN CLÍNICA

4.1. Definiciones, objetivos y regulación

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 (UGC) 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.

Los objetivos principales de las UGC, son:

- 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.
- Elevar la satisfacción de los pacientes.

La Normativa que las regula se concreta en el art. 10 de la Ley 44/2003¹⁵, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y, en el ámbito de Andalucía, en el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud (Arts 22 al 27¹⁶). No se han regulado las Unidades de Gestión Clínica, en el ámbito de la Atención especializada.

¹⁵ Artículo 10 de la Ley 44/2003: Gestión clínica en las organizaciones sanitarias: Las Administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda, establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica, a través de procedimientos en los que habrán de tener participación los propios profesionales. Tales funciones podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación. A los efectos de esta ley tienen la consideración de funciones de gestión clínica las relativas a la jefatura o coordinación de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías y organización de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en comités internos o proyectos institucionales de los centros sanitarios dirigidos, entre otros, a asegurar la calidad, seguridad, eficacia, eficiencia y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento, cuidados y bienestar de los pacientes. El ejercicio de funciones de gestión clínica estará sometido a la evaluación del desempeño y de los resultados. Tal evaluación tendrá carácter periódico y podrá determinar, en su caso, la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones, y tendrá efectos en la evaluación del desarrollo profesional alcanzado. El desempeño de funciones de gestión clínica será objeto del oportuno reconocimiento por parte del centro, del servicio de salud y del conjunto del sistema sanitario, en la forma en que en cada comunidad autónoma se determine.

¹⁶ Decreto 197/2007: Art. 22 (Definición y fines), Art. 23 (Características y composición de la unidad de gestión clínica), Art. 24 (Funciones de la unidad de gestión clínica), Art. 25 (Dirección de la unidad de gestión clínica), Art. 26 (Coordinación de cuidados de enfermería), Art. 27 (Acuerdo de gestión clínica).

Se define como la estructura organizativa responsable de la Atención primaria de salud a la población y estará integrada por los profesionales de diferentes categorías, adscritos funcionalmente a la zona básica de salud. Sus fines son el desarrollo de la actividad asistencial, preventiva, de promoción de salud, de cuidados de enfermería y rehabilitación, actuando con criterios de autonomía organizativa, de corresponsabilidad en la gestión de los recursos y de buena práctica clínica.

La Unidad de Gestión Clínica desarrolla sus actividades de acuerdo con un modelo de práctica clínica integrado, orientado a la obtención de resultados para la mejora de la eficacia, la efectividad y la eficiencia de la asistencia sanitaria, con criterios de buena práctica clínica, desarrollando la participación de los profesionales a través de una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión. Asimismo, desarrolla sus actuaciones con criterios de gestión clínica, incorporando en la toma de decisiones clínicas el mejor conocimiento disponible, así como los criterios definidos en las guías de procesos asistenciales y guías de práctica clínica de demostrada calidad científica, y criterios de máxima eficiencia en la utilización de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

La unidad de gestión clínica estará integrada por los profesionales de diversas categorías y áreas de conocimiento, que trabajarán conjuntamente, con arreglo a los principios de autonomía, responsabilidad y participación en la toma de decisiones.

4.2. La Gestión Clínica en el IV Plan Andaluz de Salud

El IV Plan Andaluz de Salud recoge la estrategia de la Junta en esta materia para el periodo 2013-2020, con el objetivo central de “reducir la desigualdad y facilitar que las personas vivan más años y con más calidad y autonomía”. El documento se organiza en seis compromisos, con 24 metas y 92 objetivos.

Compromisos y Metas del IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)

Los estilos de vida son determinantes en la salud de las personas, aunque no todo el mundo conoce la relación entre la salud y el entorno que nos rodea, así como la influencia de factores como el género, la edad, el territorio en el que se vive, la educación, el trabajo, la vivienda, el urbanismo, el ocio, etc.

Teniendo en cuenta esto, el IV Plan Andaluz de Salud afronta seis compromisos, que a su vez, se concretan en 24 metas y 92 objetivos concretos, para mejorar la salud de la población, mediante la estrategia de Salud en Todas las Políticas.

Es la apuesta que el Gobierno andaluz, desde todos sus sectores, hace por la salud, y por tanto, por el bienestar de la ciudadanía andaluza.

Además, es un plan coherente con la Estrategia Europea Salud 2020, que incide en dos elementos fundamentales: mejorar la salud, reduciendo las desigualdades, y mejorar el liderazgo y la participación de la ciudadanía.

Este plan es también una apuesta decidida por identificar y potenciar todos y cada uno de los valores y factores positivos que ayudan a mejorar la salud en nuestra comunidad, en sus provincias y en sus municipios.

Profesionales de todos los campos han trabajado en la elaboración de este plan, que parte también de una reflexión conjunta en la que han participado todas las sociedades y colectivos que tienen algo que decir en materia de salud, ayuntamientos, ONG's, medios de comunicación y asociaciones.

Es precisamente la participación un eje fundamental de plan, junto a su evaluación y mejora continua, para enriquecerlo con la experiencia adquirida y las evidencias científicas que vayan apareciendo durante su implantación.

Presta especial atención a la Gestión Clínica. Destacamos al respecto lo siguiente:

Servicios que se han de prestar a medio plazo: Considera a las unidades de gestión clínica, como modelo clave organizativo.

Compromiso V: Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales, potenciando el espacio compartido de la gestión clínica. La transparencia constituye un elemento que aumenta la seguridad de las actuaciones sanitarias. La mayor participación ciudadana, y el reconocimiento de sus derechos, es un elemento de calidad que impulsará el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica (UGC).

La nueva organización estará basada en las unidades de gestión clínica (UGC) que serán el elemento nuclear. Estas unidades se conciben como el mejor escenario de confluencia de las expectativas y necesidades de la ciudadanía con el desempeño y el desarrollo de profesionales. Las UGC son espacios para prestar una asistencia integral de calidad y segura, que implementan la innovación y desarrollan la investigación, para la mejor gestión del conocimiento que poseen y generan los y las profesionales del SSPA. La gestión clínica se desarrollará en el marco de las mejoras evidencias científicas disponibles y en su aplicación inmediata, con el objetivo principal de conseguir los mejores resultados en salud y satisfacer las necesidades de ciudadanía y profesionales.

El modelo de gestión clínica en el que se sustenta el SSPA pretende la consecución de tres objetivos fundamentales: fomentar el incremento de la capacidad auto-organizativa de profesionales, impulsar la agrupación funcional y eficiente del personal con niveles acreditados de calidad objetivamente medidos y reconocidos; y conformar un marco óptimo para el máximo desarrollo y aplicación efectiva del conjunto de herramientas operativas y funcionales de carácter estratégico que el Sistema sanitario Público de Andalucía ha venido incorporando desde hace más de una década, especialmente en lo que se refiere a la gestión por competencias, los procesos asistenciales integrados y la acreditación de la calidad.

Meta 5.1. Garantizar la *transparencia* en las actuaciones del SSPA

OBJETIVOS:

5.1.1. Convertir la transparencia en el eje central de la gestión de Unidades Clínicas.

5.1.2. Lograr una organización abierta a la ciudadanía, garantizando la interacción en estructura, objetivos, procedimientos y resultados.

5.1.3. Diseñar e implementar todas aquellas medidas que contribuyan a incrementar y fortalecer la reputación y eficacia digital del SSPA

5.1.4. Las Unidades de Gestión Clínica se gestionarán contando con los profesionales, de forma ecuánime y transparente, ponderando los criterios de eficiencia y de resultados en salud.

Meta 5.3.5. Incorporar a la ciudadanía en los *comités de bioética y seguridad* de los centros sanitarios, donde se interrelacionan la distintas unidades de gestión clínica en torno a objetivos comunes de mejora de la salud de la comunidad.

Meta 5.3.6. Incorporar a la ciudadanía de forma activa en la dirección de las unidades de gestión clínica, incorporando al menos dos ciudadanos o ciudadanas para la valoración de los resultados anuales de los acuerdos de gestión.

4.3. La Gestión Clínica en el III Plan de Calidad del SSPA

La Gestión Clínica y las Unidades de Gestión Clínica se contempla en diversos apartados objetivos y líneas de acción del III Plan de Calidad del SSPA. Destacamos los siguientes:

Personal

- Desplegar todas las potencialidades de la gestión por competencias en el marco del modelo de gestión clínica, avanzando a un modelo de organización gestionado por los profesionales.
- Desarrollar las competencias de los Directivos acordes con la nueva organización transversal sustentada en la gestión clínica, los valores de la ciudadanía y el nuevo modelo de salud pública.
- Potenciar la figura del profesional, armonizando e integrando todas sus actividades en el marco de la gestión clínica

Organización

- Afianzar y consolidar en su máxima extensión el modelo de gestión clínica como el espacio de encuentro entre profesionales y ciudadanía que hace posible la excelencia en la atención integrada y segura, pero también ha de permitir desarrollar los múltiples canales de comunicación y participación que hacen del sistema sanitario una organización más permeable y transparente.
- Fortalecer el desarrollo de la Gestión Clínica, extendiendo plenamente el modelo y alcanzando su máximo potencial de excelencia e innovación.
- Avanzar en los desarrollos de procesos asistenciales integrados como instrumento para el logro de la mejor efectividad y excelencia de la gestión clínica.
- Incorporar en las Unidades de Gestión Clínica la evaluación de los resultados en salud como elemento nuclear para su desarrollo.
- Consolidar la acreditación de las Unidades de Gestión Clínica, como elemento de mejora continua y consolidación del modelo.
- Realizar una profunda transformación del modelo organizativo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, de modo que dé soporte al desarrollo de la gestión clínica, favoreciendo la autonomía de los profesionales, la descentralización de los servicios y el avance hacia una Organización más horizontal que cuente con la ciudadanía como parte activa del modelo.
- Profundizar en la incorporación de los cuidados como elemento sustancial del modelo de Gestión Clínica.

En Andalucía, se elaboró un Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura. En su art. 26 abordaba la Gestión Clínica, contemplando que las *Unidades Asistenciales del SSPA* se organizarán como *Unidades de Gestión Clínica*. Estas se conciben en el Proyecto como estructuras organizativas, sin personalidad jurídica propia, que conforman unidades orgánicas responsables de prestar la asistencia sanitaria propia de su ámbito asistencial y que se caracterizan por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los y las profesionales. Estaba previsto que una vez constituidas las Unidades de Gestión Clínica, formarán parte de las mismas todas las personas profesionales sanitarias y de gestión y servicios, integrantes de los equipos de Atención primaria y Servicios o unidades asistenciales hospitalarias, o de salud mental que las conformen, de acuerdo a la normativa específica que le sea de aplicación. Por consiguiente, ésta sería la norma que daría cobertura también, a las UGC en el ámbito de la Atención especializada (Hospitales).

5. AVANCES EN LA GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

La prestación de Salud Pública, reconocida en la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es el conjunto de iniciativas organizadas por las

Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Comprende actuaciones de información y la vigilancia en salud pública y los sistemas de alerta epidemiológica, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección y promoción de la sanidad ambiental, alimentaria, laboral. También engloba actuaciones de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de bienes y del tránsito internacional de viajeros y la prevención y detección de enfermedades raras.

A nivel estatal, con posterioridad se promulgó la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que establece las actuaciones de las Administraciones públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias en materia de Salud Pública.

Andalucía, mediante la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, ha desarrollado en su ámbito, las competencias en Salud Pública. El art. 13 de ésta última Ley establece el derecho de la población andaluza, a las acciones preventivas de salud pública, velando, especialmente por las personas en situación de especial vulnerabilidad.

En cuanto a la gestión de esta prestación, en Andalucía, se han regulado¹⁷ las Unidades de Gestión de Salud Pública. (UGSP). Estas son la estructura organizativa que conforman las unidades orgánicas responsables de la Salud Pública en su ámbito territorial y que se caracteriza por la alta autonomía y la corresponsabilidad para la gestión de los recursos por parte de los profesionales de Salud Pública.

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

Las UGSP desarrollarán, en su ámbito territorial y de competencias, la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo. También podrán realizarán funciones de investigación, innovación, docencia, formación y gestión de los recursos humanos de su unidad o de los profesionales sanitarios de su ámbito de competencia.

Existirá una UGSP en cada Área de Gestión Sanitaria. Cuando no exista Área de Gestión Sanitaria, se constituirá una UGSP en cada Distrito de Atención Primaria.

La UGSP dependerá orgánica y directamente de la Dirección del Distrito de Atención Primaria, o en su caso, de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria, y funcionalmente de la Dirección General competente en materia de Salud Pública.

Los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de los Hospitales del SAS quedarán vinculados a una UGSP, mediante los acuerdos de gestión anuales, de tal forma que compartan objetivos.

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

¹⁷ En cuanto a la normativa autonómica reguladora, el Decreto-ley 22/2020, de 1 de septiembre, por el que se establecen con carácter extraordinario y urgente diversas medidas ante la situación generada por el coronavirus (COVID-19), modificó el Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de Atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. En concreto en la Disposición final primera del referido Decreto-ley regula las Unidades de Gestión Clínica de Salud Pública y los profesionales y dirección de éstas Unidades.

La Orden de 15 de septiembre de 2021, desarrolla la composición, funciones y funcionamiento de las Unidades de Gestión de Salud Pública

6. SOPORTE A LAS GARANTÍAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Las *garantías*, establecidas en el fallido Proyecto Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura, se orientan a la perdurabilidad del Sistema, a los principios del mismo, a la garantía de los derechos de las personas en relación al Sistema, la garantía de acceso a la cartera de servicios del Sistema y la universalidad de la asistencia.

El Proyecto también señalaba los valores en que se basa la *sostenibilidad* del SSPA y la desagrega en sostenibilidad social, económica, ambiental y del conocimiento, de la investigación y de la innovación.

7. ORIENTACIÓN A RESULTADOS

El IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020), en la Meta 5.4, establece que el SSPA se sustentará por el compromiso de sus profesionales con los mejores *resultados en salud*. Para lograr esa Meta, fija unos objetivos:

- *Sistemas de Información*: El SSPA dispondrá de los sistemas de información precisos para la gestión del conocimiento necesario para obtener los mejores resultados en salud.
- *Compromiso de los profesionales*: Los profesionales del SSPA se comprometen a obtener los mejores resultados en salud asumiendo una perspectiva territorial, intersectorial y participada, desarrollando aquellas nuevas competencias acordes al envejecimiento y aumento de la cronicidad de la población andaluza, de cara a obtener los resultados en salud que necesite ésta para mejorar en calidad de vida.
- *Cultura de gestión por valores*: Promover en las UGC una cultura de gestión por valores que garantice una adaptación de los espacios de relación de profesionales con la ciudadanía que complemente los servicios en calidad y excelencia. Los valores de la organización del SSPA y los de sus profesionales serán compartidos y adaptados a los valores de la ciudadanía andaluza.

8. LA PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

8.1. Orientación de los Servicios Sanitarios al ciudadano y participación en el Sistema Nacional de Salud

Los ciudadanos, en el Sistema Sanitario Público de cada una de las Comunidades Autónomas, tienen derecho a participar en la política sanitaria, en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida o al bienestar en general y en la gestión del propio Sistema Público de Salud.

Desarrollando la legislación básica del Estado -Ley General de Sanidad-, se han creado en cada Comunidad Autónoma, el Consejo de Salud -máximo órgano consultivo y de participación ciudadana- y, a su vez, en cada Área de Salud, se han constituido los órganos de participación en los servicios sanitarios.

Es frecuente también, que por el Consejo de Gobierno, se establezcan órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público. Un ejemplo está, en los Consejos de Salud de Zona, que se han establecido en Asturias, Canarias, Castilla y León, Extremadura, Islas Baleares, Murcia (de manera excepcional), Navarra y La Rioja.

No obstante los esfuerzos legislativos realizados por el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de participación, aún se está lejos de que la participación sea real y efectiva, tanto de los ciudadanos como de los profesionales. Es necesario buscar indicadores de funcionamiento y de calidad de cada centro sanitario, que deben estar disponibles para la ciudadanía. Hay que impulsar los derechos colectivos de los pacientes y el reconocimiento de las asociaciones de pacientes como agentes sociales, incorporándolos en los procesos de rendición de cuentas por parte de los gestores sanitarios.

8.2. Participación de los ciudadanos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía¹⁸

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía dedica el Título III a la participación de los ciudadanos, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, definiendo al Consejo Andaluz de Salud como el máximo órgano de participación social en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución y sentando las bases legislativas para el desarrollo de los correspondientes órganos territoriales de participación social, reforzando el papel que vienen desempeñando las centrales sindicales y las organizaciones empresariales, así como las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía.

La participación se a cabo en los siguientes niveles:

- A nivel del Sistema Sanitario Público de Andalucía, mediante el Consejo Andaluz de Salud
- A nivel de Área de Salud (participación territorial):
 - o En cada Área de salud se establecerá un Consejo de Salud del Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con la finalidad de hacer el seguimiento en su ámbito de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud.
 - o Órganos de participación ciudadana a otros niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Se podrán establecer por el Consejo de Gobierno, con la finalidad de hacer el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos. Así, se han regulado la Comisión Consultiva de Área de Gestión Sanitaria¹⁹ y la Comisión Consultiva de las Agencias públicas empresariales, ya disueltas.

La regulación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía de los órganos de participación, se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, y cuya composición se establecerá, en cada caso, en función de su naturaleza y su ámbito de actuación.

¹⁸ Hay que tener la referencia de la Ley 7/2017, de Participación Ciudadana de Andalucía Esta Ley trata de establecer un marco para el ejercicio de la participación ciudadana de manera real y efectiva, por la cual todos y todas puedan involucrarse en el desarrollo de las políticas públicas y de la acción de gobierno, es decir, en las decisiones que afectan a su vida cotidiana.

¹⁹ El órgano colegiado de participación social es la Comisión Consultiva del Área de Gestión Sanitaria, regulada por el Decreto 529/2004, de 16 de noviembre.

8.3. La participación de la ciudadanía en salud pública

El Título I de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, está dedicado a fortalecer la posición de la ciudadanía en relación con la salud pública colectiva y constituye la parte esencial del texto normativo. Sitúa a la ciudadanía como protagonista esencial de la salud pública, estableciendo la salud colectiva como bien público relevante y ordenando la efectiva participación de la ciudadanía en la buena administración de la salud pública.

El art. 21 de la Ley 16/2011, para garantizar el derecho a la participación de la ciudadanía en salud pública se realizará a través de las siguientes medidas:

- a) Fomentar la cultura de participación en salud por parte de la población, desde la primera infancia, estimulando las alianzas con las asociaciones, en complemento y continuidad de la acción de los servicios.
- b) Promover una participación real y efectiva de la ciudadanía en la elaboración, modificación y revisión de las acciones en salud pública, creando instrumentos de participación flexibles y adaptados a la misma.
- c) Informar a la ciudadanía, a través de los medios apropiados, sobre cualquier iniciativa de elaboración de propuestas de planes y programas de salud.
- d) Establecer que la población pueda formular observaciones y alegaciones antes de que se adopte la decisión sobre planes o programas de trascendencia para la salud.
- e) Articular una política transversal de participación que afecte a todos los centros e instituciones de carácter público o privado relacionados con la salud.
- f) Establecer mecanismos de información, publicidad y divulgación continuados, con la finalidad de informar a la ciudadanía de las cuestiones más relevantes en materia de salud pública. A estos efectos, se adoptarán canales de comunicación permanentes y, de manera especial, se considerará para ello a las asociaciones de consumidores y usuarios.
- g) Establecer mecanismos de participación efectiva de las personas menores de edad, en los términos reglamentariamente establecidos, en la formulación, desarrollo, gestión y evaluación de las políticas en materia de salud pública.

Esas medidas previstas serán evaluadas bienalmente por la Consejería competente en materia de salud. Las decisiones, acciones y omisiones que impidan o limiten la participación en los procedimientos de toma de decisiones de salud pública se podrán impugnar en los términos que reglamentariamente se determinen.

8.4. La participación en el IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020)

Este plan establece como Meta 5.2., lograr un *marco social de alianzas y de valores compartidos entre ciudadanía y profesionales* de la salud enmarcado por la Estrategia de Bioética de SSPA. Para ello, fija los siguientes objetivos:

- Implementar un marco de *Participación Ciudadana* en el que profesionales y ciudadanía se encuentren como protagonistas en la aplicación y desarrollo de los procesos de atención en las UGC.
- Hacer de la satisfacción y expectativas de la ciudadanía el marco para la mejora continua de las UGC.
- El SSPA establecerá el marco de actuación para garantizar el ejercicio de la mayor autonomía personal de la ciudadanía.

- Definir los canales para hacer llegar a la ciudadanía información útil sobre los servicios sanitarios y sociales y establecer de manera compartida los criterios de accesibilidad.
- Llevar a cabo las distintas actividades que garanticen la instauración del derecho civil de la ciudadanía andaluza en el marco del sistema sanitario andaluz, concretadas en acciones dentro de las unidades clínicas de gestión.

La Meta 5.3. pretende que el SSPA se constituya como un espacio abierto y compartido, que facilite las *interrelaciones de profesionales y ciudadanía*. Para ello, fija los objetivos de articular el SSPA en una red de *UGC* para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la capacidad de respuesta, acercándolo a la ciudadanía. Se deberán desarrollar Herramientas de Ayuda en la Toma de Decisiones (HATD) que faciliten a la ciudadanía información basada en la evidencia acerca de cuidados y tratamientos, que promuevan el uso de su derecho a la información y la posibilidad de elección entre las opciones de diagnóstico.

9. INNOVACIÓN EN SALUD

9.1. Investigación (generación de conocimiento) e innovación (aplicación del conocimiento) en Salud en Andalucía

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) tiene como objetivo principal la asistencia sanitaria. Sin embargo, su actividad y objetivos estarían incompletos sin la generación de conocimiento en sus facetas de investigación, desarrollo e innovación, pilares básicos en la evolución de cualquier institución. Éstos proporcionan una mejora y eficiencia continuas y significativas en el desempeño del servicio que prestan sus profesionales.

En Andalucía, para orientar y ordenar el desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA se han establecido dos Estrategias:

- Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014-2018:
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027.

9.1.1. Situación en Andalucía de la Investigación e Innovación en Salud²⁰

- *Investigación en Biomedicina y captación de recursos*: El SSPA ocupa la tercera posición a nivel nacional en I+i en Salud en el ámbito de las CC.AA., dentro de la investigación en Biomedicina. Sin embargo, su participación en cuanto a captación de recursos en programas de financiación de agencias nacionales y europeas, así como en producción científica, es inferior al nivel que le correspondería en cuanto al volumen de recursos en el conjunto del SNS y a los factores demográficos.

- *Esfuerzos en Investigación*: En los últimos años se ha incrementado la capacidad de producción de manera significativa, contando con grupos e instituciones de excelencia que concentran la mayor parte de los proyectos y resultados. Sin embargo, un número importante de los centros sanitarios están por debajo de su capacidad, lo que dificulta la convergencia y competitividad con otras instituciones, regiones y países, pero constituye el mayor potencial de crecimiento.

- *Escasa Innovación*: El sistema de I+i se ha orientado de forma muy intensa a potenciar la investigación de excelencia, y por tanto la generación de conocimiento, dejando en un segundo plano las actividades de desarrollo e innovación, lo que ha incidido, junto a otras causas, en la baja capacidad

²⁰ Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018: Conclusiones Generales del análisis de situación de la Investigación e Innovación en Salud de Andalucía, pág. 27, https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia_I_I_2014_18.pdf

de atracción de entramado empresarial (biotecnológico y farmacéutico) en Andalucía. Por tanto, es necesario desarrollar nuevas herramientas que potencien la innovación, ya que las actualmente puestas en marcha para el fomento de la investigación no son siempre directamente aplicables a este ámbito.

- *Recursos públicos dedicados a I+i*: El panorama es incierto dada la situación de crisis económica y financiera. No obstante, el compromiso político de la Junta de Andalucía, verificado en el mantenimiento e incluso incremento de los recursos para investigación en salud en 2012 y 2013 por parte de la Consejería competente en materia de Salud, es mantener el esfuerzo en I+i lo que incrementará la competitividad de nuestra región a nivel nacional.

- *Las empresas andaluzas deberían aprovechar mejor el tejido investigador local*: Es tradicional el bajo esfuerzo en I+i de las empresas en Andalucía, a lo que no es ajena su baja implantación. La capacidad de compra del SSPA debería influir en mantener una relación diferente con el sistema y aprovechar las oportunidades de inversión para desarrollar la capacidad de investigación de las empresas.

- *Potenciar los sectores Pharma y productos sanitarios*: Existen algunos sectores, como el de las TICs, mejor posicionados que los de Pharma y productos sanitarios que deberían ser objeto de mayor atención, como oportunidades de I+i para el sistema y de desarrollo del tejido industrial.

- *Investigación académica*: Universidades, OPIs, Centros Tecnológicos, etc., cuentan con una capacidad científica y tecnológica instalada que debe ser tenida para la optimización de recursos públicos.

8. La mejora en la gestión de la I+i requiere impregnar todos los niveles de la Gestión Clínica para multiplicar la capacidad operativa y obtener ventajas de las oportunidades que brinda el entorno.

9.1.2. El Marco de la Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018

Las coordenadas de esta Estrategía, se encuentran en las políticas europeas, nacionales y autonómicas de I+i, determinadas principalmente, por las siguientes estrategias/planes:

- Horizonte 2020 de Investigación e Innovación de la Unión Europea
- Estrategia RIS3 de especialización inteligente de la Unión Europea
- Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación (2013-2020)
- Plan Estatal de Investigación Científica, Técnica y de Innovación (2013-2016), y en particular en la Acción Estratégica de Salud
- IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020: El SSPA como agente clave en generación del conocimiento, desarrollo tecnológico e innovación en salud

En concreto, el IV Plan Andaluz de Salud establece de forma inequívoca un compromiso del Gobierno de Andalucía con la investigación e innovación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Compromiso 4, “Reducir las desigualdades sociales en Salud”, fija la Meta 4.4. orientada a generar nuevo conocimiento sobre la magnitud de las desigualdades sociales, su impacto en la salud, su evolución y la efectividad de las intervenciones y políticas para reducirlas. Por otra parte, el Compromiso 6, “Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población”, entre las Metas que señala, busca potenciar la generación y transferencia del conocimiento en el espacio compartido donde se desarrolla la gestión clínica, y busca la garantía de una organización sanitaria que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas apoyándose en la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación; también plantea que el SSPA sea un agente

clave en la generación del conocimiento, en el desarrollo tecnológico y en la innovación en el ámbito de la salud.

- Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014: El conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en salud de la población

El Plan de Calidad del SSPA, plantea en su Objetivo 3, seis líneas de acción dirigidas a: diseñar y poner en marcha una nueva Estrategia de I+D+i, incrementar el Capital Humano Investigador a través de la promoción del talento y desarrollo profesional y de cambios normativos y organizativos necesarios, potenciar el establecimiento de alianzas con organizaciones e I+i 2014/2018 empresas, promover la investigación dirigida a evaluar el impacto real del SSPA en la salud y en el progreso social y económico de Andalucía, así como introducir las técnicas y metodología de la investigación social con repercusiones sanitarias.

Y en su Objetivo 4, del mismo ámbito de Profesionales, el desarrollo y consolidación de instrumentos accesibles, personalizados y amigables de soporte a la gestión del conocimiento, con un despliegue de tres líneas específicas. En el apartado dirigido a Espacio Compartido, pretende situar el conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en salud de la población

- Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación 2014-2020 (PAIDI).

La Estrategia de I+i en Salud se enmarca en el Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación (PAIDI) 2014-2020. Este es el principal instrumento de programación, coordinación, dinamización y evaluación de la política de Investigación, Desarrollo Tecnológico y de Innovación de la Junta de Andalucía. La Estrategia de I+i en Salud se adaptará en lo que fuese necesario en los contenidos que se desarrollen en el PAIDI.

9.1.3. Nueva Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027

Cinco son los pilares que definen las “Ideas Fuerza” que enmarcan las Líneas Maestras de la Estrategia, sobre los que se articulará y desarrollará la investigación e innovación en el SSPA hasta 2027. En este sentido, las líneas maestras se presentan como estructura programática esencial que va desde la consolidación del valor que la I+i de excelencia aporta al SSPA, a la proyección internacional de los desarrollos en Andalucía. Para ello, se considera esencial generar estrategias de colaboración público-privada que permitan establecer nuevas vías de financiación para que los investigadores desarrollen proyectos de mayor envergadura y con marcado carácter traslacional hacia la sociedad. La colaboración público-privada se enmarca en el compromiso de la propia sociedad para potenciar el desarrollo de la I+i en el SSPA, que posteriormente repercutirá en el propio ciudadano.

Líneas maestras (Estructura programática):

- Consolidar el valor de la investigación e innovación en salud, por y para la sociedad, mediante el desarrollo de un conocimiento de excelencia
- Posicionar la investigación e innovación de Andalucía a nivel nacional e internacional
- Estimular y facilitar la colaboración público-privada
- Potenciar la investigación e innovación en genómica, terapias avanzadas, enfermedades raras, junto al desarrollo de la medicina móvil, big data e inteligencia artificial con el objetivo de avanzar en la medicina personalizada
- Favorecer la captación de talento

Las cinco líneas maestras se articularán y tendrán su desarrollo y respuesta a través de tres grandes Ejes Estratégicos, con sus objetivos y acciones específicas:

- Eje 1 Promoción de la I+I en el SSPA

Destacamos los objetivos de ponderar adecuadamente los criterios de docencia, investigación e innovación en los diferentes procesos selectivos y de provisión de puestos del SSPA y mejorar la investigación e innovación en Atención primaria.

- Eje 2 Captación de recursos para investigación e innovación en salud

- Eje 3 Desarrollo de capital humano para la generación de conocimiento biomédico traslacional

Resaltamos los objetivos de crear nuevas categorías profesionales (Investigador Biomédico y Clínico Investigador)

9.2. Gestionar el conocimiento y la tecnología con criterios de sostenibilidad

Este es el Compromiso VI del IV Plan Andaluz de Salud (2013-2020). Para cumplirlo, establece unas metas, cada una de las cuales tiene sus objetivos.

Meta 6.1. Conseguir un marco colaborativo entre los agentes implicados que garantice la *gestión de la información, y la generación e incorporación del conocimiento y la tecnología* orientada a la mejora de la salud, en un escenario de equidad y responsabilidad compartida

Meta 6.2. Impulsar los mecanismos que fomenten la generación e incorporación de *conocimientos y tecnologías de calidad* que garanticen el servicio a la ciudadanía en la mejora de su salud.

Meta 6.3. Garantizar una *organización sanitaria* que detecte y responda de forma flexible, equitativa y sostenible a las necesidades y expectativas de las personas apoyándose en la *investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación*

Meta 6.4. Orientar el uso de las *nuevas tecnologías* a mejorar el acceso equitativo de la ciudadanía a la información y a los servicios de salud, así como a fomentar la capacitación y la participación ciudadana para generar más salud.

9.3. La Política de Seguridad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) del Servicio Andaluz de Salud

El ofrecimiento de servicios sanitarios públicos de calidad, buscando la eficiencia, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la accesibilidad, la equidad y satisfacción de los usuarios, requiere indiscutiblemente gestionar de forma segura la información como uno de los activos más importantes. Este hecho, y el uso extensivo de las tecnologías de la información y comunicaciones, ponen de manifiesto la necesidad de definir la Política de Seguridad TIC del SAS, con el objetivo de establecer directrices básicas y duraderas para una protección eficaz de los sistemas gestionados por el SAS y de la información almacenada en los mismos.

Mediante la Resolución de 8 de abril de 2021, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, se aprueba la Política de Seguridad de las Tecnologías de la información y la comunicación del Servicio Andaluz de Salud.

La política de seguridad TIC tiene como misión disminuir de manera significativa los riesgos a los que están sometidos los activos de información que dan soporte a los procesos de protección de la salud de la ciudadanía. Pretende lograr niveles adecuados de disponibilidad, autenticidad, integridad, confidencialidad y trazabilidad, como dimensiones de la seguridad, para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar la continuidad operacional de los procesos y

servicios; y también de privacidad, para salvaguardar los derechos y libertades de las personas físicas. Todo ello a través de un sistema de gestión de seguridad de la información.

El ámbito de aplicación de la política de Seguridad TIC contenida es de aplicación al Servicio Andaluz de Salud, tanto a sus Servicios Centrales como en sus diferentes órganos, centros e Instituciones sanitarias desplegadas en el territorio e integradas administrativamente en el mismo: servicios de atención primaria y hospitalaria prestados por Instituciones dependientes o vinculadas y a las organizaciones específicas como son las áreas de gestión sanitaria y la red andaluza de medicina transfusional, tejidos y células trasplantes

También será de aplicación para todas las personas que accedan a los Sistemas de Información como a la propia información que sea gestionada por el Servicio Andaluz de Salud, con independencia de cuál sea su destino, adscripción o relación con la misma.

La política de Seguridad TIC se hará extensiva a los centros y servicios de terceros concertados con el SAS o Consorcios que compartan información con el mismo. Así mismo, podrá ser aplicable a cualesquiera otros centros, servicios y establecimientos sanitarios que formen parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía y que no encuentren cobertura en la política de seguridad TIC de la Consejería de Salud y Familias.

9.4. Historia Clínica Electrónica

Un avance muy importante ha sido la implantación de la historia clínica electrónica (Diraya) en todos los ámbitos del SSPA. Es un complejo sistema informático, que unifica toda la información clínica de los pacientes, interconectando la información de Atención primaria (Historia de Salud Única e Historia de Salud Digital) y de Atención especializada (Estación Clínica). Se compone además de diversos módulos de gestión de consultas, vacunación, etc.

9.5. Generar una cultura de humanización en la organización del SSPA

Humanizar es la acción de hacer humano, familiar y afable a alguien o algo. La humanización es inherente a la acción sanitaria, y significa apostar por un trato amable, por una asistencia centrada en la persona y en sus derechos, que escucha y acompaña, que prioriza la participación, que avanza en su compromiso y responsabilidad social en el seno de un diálogo permanente con la ciudadanía. Implica humanizar las relaciones, la gestión de los servicios, las instituciones en su conjunto, los espacios, los tiempos, etc. Y es una acción, una tarea, una habilidad que implica a instituciones, gestores, profesionales del ámbito sanitario, pacientes y familias de estos. Humanizar la salud, por lo tanto, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad.

El Plan de Humanización del SSPA²¹ tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, y por el cuidado de sus profesionales, que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención. En él se recogen como características y elementos esenciales y diferenciadores del mismo los siguientes: Accesibilidad, Personalización, Compromiso con la Calidad, Corresponsabilidad y Cultura de Humanización. La propuesta de diferentes acciones de humanización que impregnen las políticas y la atención sanitaria se diseminan en cuatro Líneas Estratégicas, que son las siguientes:

Área organizacional •LE1: Generar una cultura de humanización en el SSPA que impregne a toda la Organización Sanitaria.

²¹ Acuerdo de 13 de abril de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, BOJA n.º 71.

Área estructural •LE2: Promover espacios, recursos e innovaciones tecnológicas que garanticen el respeto por la dignidad del paciente en el SSPA.

Área asistencial •LE3: Potenciar una atención de calidad, personalizada, que contemple todas las dimensiones de la persona y aporte resultados tangibles para el paciente.

Área relacional •LE4: Centrar la atención sanitaria en un marco de escucha activa, comunicación de decisiones compartidas y corresponsabilidad con el SSPA.

Centrándonos en la Línea Estratégica 1, “Generar una cultura de humanización en el SSPA que impregne a toda la Organización Sanitaria”, sitúa la Humanización como marco estratégico en la definición de políticas y prioridades a nivel de macrogestión y mesogestión en el ámbito de la salud, y pretende generar una transformación cultural de la Organización. Sus objetivos específicos son los siguientes:

- Potenciar la capacitación y sensibilización de profesionales, gestores y ciudadanía en humanización a través de la formación.
- Promover prácticas administrativas y organizativas de los servicios sanitarios que favorezcan la accesibilidad, la equidad y la continuidad asistencial: Rediseño de protocolos y circuitos adaptados a las personas, especialmente a colectivos más vulnerables o con necesidades especiales (Teleconsultas, Consultas acto único).
- Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales.
- Favorecer condiciones de trabajo adecuadas para profesionales: Formación a gestores en liderazgo emocional, formación a gestores y profesionales en habilidades para el trabajo en equipo

A continuación, se detallan los objetivos específicos y se orienta sobre posibles acciones para su despliegue.

CONCLUSIONES

El Servicio Andaluz de Salud, prestador único de servicios sanitarios: El abandono de las técnicas de gestión empresarial

La asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias- Entidades de Derecho Público, con personalidad jurídica, que por ley hayan de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado- ha supuesto el abandono de las técnicas de gestión empresarial y la consolidación del Servicio Andaluz de Salud -Agencia Administrativa, regida por el Derecho Administrativo- como prestador único de servicios sanitarios, con el objetivo de una configuración más racional del SSPA que permita hacer efectivo el derecho a la protección de la salud previsto en la Constitución Española. Curiosamente este cambio en la gestión coincide con el nuevo signo político del Gobierno, tras muchos años de Gobiernos socialistas.

Personal del Sistema Sanitario público de Andalucía

Uno de los argumentos utilizados para proponer y regular nuevas formas de gestión en los servicios sanitarios públicos, es que se consiguen mayores niveles de eficiencia cuando el personal está sometido al Derecho del Trabajo, respecto al personal funcionario/estatutario, sometido al Derecho público. A raíz de la disolución de las Agencias Públicas Empresariales, el personal del SSPA es estatutario, en línea con la tesis de que la laboralización del personal no justifica una mayor eficiencia en la gestión.

Convenios y Concierdos: Simplificación administrativa de requisitos previos

El actual contexto normativo básico estatal y de desarrollo en Andalucía prevé la necesidad de la homologación con carácter previo a la concertación. No obstante, la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de Garantía de la Unidad de Mercado, determinó límites al establecimiento de trabas y barreras en la regulación de la actividad económica. Los principios de no discriminación, cooperación y confianza mutua, necesidad y proporcionalidad de sus actuaciones establecidos por esta Ley, se garantizarán en particular en las disposiciones y actos, entre otros, de autorizaciones, licencias y concesiones administrativas y documentación relativa a los contratos públicos, incluidos sus pliegos y cláusulas.

En el desarrollo de la Ley General de Sanidad, el artículo 76 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, determina que para la suscripción de convenios o conciertos, las entidades, centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas. Se ha simplificado administrativamente en un solo procedimiento, la Autorización (Acreditación) y Homologación de los centros sanitarios previos los conciertos.

Renovación de la Atención primaria

El azote de la Pandemia Covid 19, ha influido en las metas y objetivos del Plan Estratégico 2020-2022.

Las medidas propuestas se han centrado en mejorar la accesibilidad y una gestión eficiente de la demanda asistencial. Es necesario también definir nuevos perfiles profesionales y desburocratizar al personal sanitario. La revisión de la cartera de servicios se centrará en la atención sanitaria a mayores que viven en residencias, la promoción y prevención de la salud en el ámbito educativo y la telemedicina, potenciando el uso adecuado de las herramientas digitales para la atención en consulta.

Reordenación de la Atención a las Urgencias y Emergencias Sanitarias

Los puntos clave de la reorganización se centran en la revisión del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias está en revisión, y por otro lado la disolución la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), siendo el Servicio Andaluz de Salud quien asume de manera efectiva la totalidad de los fines y objetivos de la EPES.

Estas medidas propiciarán evitar disfunciones y establecer un modelo más eficiente que aglutinará de forma homogénea toda la actividad asistencial extrahospitalaria por vía terrestre o aérea de las urgencias y emergencias sanitarias de Andalucía.

Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células

Se ha creado el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dependiente de la Consejería competente en materia de salud, como un Biobanco en Red donde se integran todas las unidades hospitalarias, Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, bancos de líneas celulares, bancos que puedan contener y procesar células, tejidos, sustancias y muestras biológicas para uso clínico o de investigación, y biobancos para la investigación de los centros sanitarios de la red pública andaluza. El Biobanco en Red del SSPA contiene dos grandes áreas: Funcional Asistencial y de Investigación. Será la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, dependiente del Servicio Andaluz de Salud, la ejecutora de las funciones asistenciales del Biobanco del SSPA. La Red, se organizada en ocho nodos, uno por provincia, denominados Centros de Transfusión, Tejidos y Células.

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. La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa en la que se materializa la Gestión Clínica en todos los centros sanitarios públicos. Ha recibido un impulso en el IV Plan Andaluz de Salud y en el III Plan de Calidad del SSPA, regulándose en el ámbito de la Atención Primaria pero no en la Atención Especializada (Hospitales). Se han implantado UGC en Salud Mental.

Avances organizativos en Salud Pública

En cuanto a la gestión de esta prestación, en Andalucía, se han regulado las Unidades de Gestión de Salud Pública. (UGSP). Estas Unidades desarrollarán, en su ámbito territorial y de competencias, la función de gestión integrada de las actuaciones de prevención, promoción, protección y vigilancia de la salud, así como la evaluación rápida de riesgos y la intervención ante las alertas de salud pública epidemiológicas, de seguridad alimentaria, de salud ambiental o de cualquier otro tipo.

Garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía

El fallido Proyecto de Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que decayó por final de la pasada legislatura, dejó a éste sin cobertura legal, además hubiera sido el marco normativo para las Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de la Atención especializada (Hospitales).

Orientación a resultados

El IV Plan Andaluz de Salud establece que el SSPA se sustentará por el compromiso de sus profesionales con los mejores resultados en salud, para ello fija como objetivos el disponer Sistemas de Información precisos, el compromiso de los profesionales y una cultura de gestión por valores.

Participación

Se han realizado esfuerzos legislativos realizados por el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de participación, así como se ha impulsado a través de los Planes de Salud. No obstante aún se está lejos de que la participación sea real y efectiva, tanto de los ciudadanos como de los profesionales. Es necesario buscar indicadores de funcionamiento y de calidad de cada centro sanitario, que deben estar disponibles para la ciudadanía. Hay que impulsar los derechos colectivos de los pacientes y el reconocimiento de las asociaciones de pacientes como agentes sociales, incorporándolos en los procesos de rendición de cuentas por parte de los gestores sanitarios.

Innovación en Salud

Analizada la situación en Andalucía de la Investigación e Innovación en Salud, para orientar y ordenar el desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA, se han establecido dos Estrategias:

- Estrategia de investigación e innovación en salud en Andalucía para el período 2014- 2018, cuyas coordenadas, se encuentran en las políticas europeas, nacionales y autonómicas de I+i, destacando entre estas últimas, Plan Andaluz de Investigación, Desarrollo e Innovación 2014-2020 (PAIDI).
- Estrategia de Investigación e Innovación en salud en Andalucía: Cuatrienio 2020-2023, caminado hacia el horizonte 2027: Incluye desde la consolidación del valor que la I+i de excelencia aporta al SSPA, a la proyección internacional de los desarrollos en Andalucía. Para ello, se considera esencial generar estrategias de colaboración público-privada que permitan establecer nuevas vías de financiación para que los investigadores desarrollen proyectos de mayor envergadura y con marcado carácter traslacional hacia la sociedad.

El sector de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), está mejor posicionado que los de Pharma y productos sanitarios en Andalucía; éstos últimos deberían ser objeto de mayor atención, como oportunidades de I+i para el sistema y de desarrollo del tejido industrial.

Respecto a las TICs, el ofrecimiento de servicios sanitarios públicos de calidad, buscando la eficiencia, el aprovechamiento óptimo de los recursos, la accesibilidad, la equidad y satisfacción de los usuarios, requiere indiscutiblemente gestionar de forma segura la información como uno de los activos más importantes. Este hecho, y el uso extensivo de las tecnologías de la información y comunicaciones (TICs), han desembocado en la aprobación ponien de manifiesto la la Política de Seguridad TIC del Servicio Andaluz de Salud, con el objetivo de establecer directrices básicas y duraderas para una protección eficaz de los sistemas gestionados por el SAS y de la información almacenada en los mismos.

Un avance muy importante ha sido la implantación de la historia clínica electrónica (Diraya) en todos los ámbitos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El Plan de Humanización del SSPA tiene como objetivo impulsar el desarrollo de Estrategias de Humanización en el SSPA que incorporen lo que realmente tiene valor para el paciente, que velen por la dignidad de las personas y sus derechos, y por el cuidado de sus profesionales, que fomenten el respeto, la escucha y la participación, en un entorno confortable y en un marco ético, de equidad y de excelencia en la atención. Sus elementos esenciales y diferenciadores son la Accesibilidad, la Personalización, el Compromiso con la Calidad, la Corresponsabilidad y Cultura de Humanización.

BIBLIOGRAFÍA

- DOMINGUEZ MARTIN, M., “Formas de gestión de la sanidad pública en España”, Ed. La Ley, Madrid, 2006.
- ESTRATEGÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANADALUCÍA: Estrategia de Atención: Plan Estratégico 2020-2022, <http://portavoz.cpre.junta-andalucia.es/presidencia/portavoz/salud/164079/ConsejeriadeSaludyFamilias/JesusAguirre/atencionprimaria/estrategia>
- ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD EN ANDALUCÍA PARA EL PERÍODO 2014-2018, <https://juntadeandalucia.es/organismos/transparencia/planificacion-evaluacion-estadistica/planes/detalle/50587.html>
- ESTRATEGÍA DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN EN SALUD EN ANDALUCÍA: CUATRIENIO 2020-2023, CAMINANDO HACIA EL HORIZONTE 2027, https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/ESTRATEGIA_I+i.pdf
- GIRELA MOLINA, B., “Gestión administrativa de la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud”, *Tesis Doctoral*, Universidad de Granada, 2014.
- INFORME DE LOS EQUIPOS TÉCNICOS ASOCIACIÓN FACULTATIVOS ESPECIALISTA DE MADRID (AFEM) Y LOPEZ RODÓ & CRUZ FERRER ABOGADOS, “Sobre la constitucionalidad de la concesión de los servicios sanitarios de hospitales y centros de salud por la Comunidad de Madrid”, Madrid, 19 marzo de 2013. <http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/inconstitucional.pdf>
- INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS), “Sanidad Privada Aportando Valor. Análisis de situación 2020”, *Accenture*, Junio 2020.
- INSTITUTO PARA EL DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD (IDIS), “Informe monográfico Covid-19 1 ID20-0025_Anexo2v1. Aportando Valor Monográfico COVID”, Elaborado por: *Accenture* con datos aportados por ASPE, UNESPA, FARMAINDUSTRIA y FENIN. Junio 2020.

- MENENDEZ REXACH, A., “La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad”, *Revista de Administración Sanitaria*, 2008/2.
- MONEREO PEREZ, J.L., MOLINA NAVARRETE, C., MORENO VIDA, M.N. (Dirs.), “Comentario a la legislación reguladora de la Sanidad en España: régimen jurídico de la organización sanitaria, personal sanitario y prestaciones sanitarias”, Editorial Comares, Granada, 2007.
- PLAN ANDALUD DE SALUD IV 2013-2020, https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf
- PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN 2020 (PAIDI), <https://juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/77931.html>
- PLAN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUCÍA III, 2010-2014, https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af195691fb5b_plan_calidad_2010.pdf
- REPULLO LABRADOR, J.R., “Retos de los Sistemas Sanitarios Públicos para garantizar su calidad, equidad y sostenibilidad”, en “La Inspección Sanitaria ante los retos del Sistema de Salud”, *V Congreso Nacional Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios*, Úbeda, 9-12 octubre, 2013.
- SANCHEZ BAYLE, M., “La privatización de la asistencia sanitaria en España”, *Laboratorio de Alternativas, Fundación Alternativas*, Documento de Trabajo 182/2014.