

agend  2012

Salud y bienestar social en Andalucía

COORDINADOR

Óscar David Marcenaro Gutiérrez

Investigador de Economía-Centro de Estudios Andaluces



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA



La AGENDA 2012 es un proyecto de carácter prospectivo para la reflexión y el debate, cuyo objetivo principal es generar una base de información y conocimiento sobre las tendencias y claves que marcarán el futuro de Andalucía a partir de 2012. Se trata, pues, de un proceso destinado a proporcionar información relevante, que aporte alternativas a futuros deseados, y que sirva de base para elaborar estrategias de actuación.

El proyecto se ha articulado a través de una serie de paneles temáticos e independientes, en el que distintos especialistas y expertos se reunieron para debatir e intercambiar ideas y propuestas sobre los temas predefinidos en la agenda de la reunión.

En el presente documento se analiza la salud y el bienestar Social en Andalucía, abordando el estado de la cuestión en la actualidad y las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de la reunión de expertos mantenida en octubre de 2010.

La Fundación Centro de Estudios Andaluces es una entidad de carácter científico y cultural, sin ánimo de lucro, adscrita a la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía. Entre nuestros objetivos fundacionales se establecen el fomento de la investigación científica, la generación de conocimiento sobre la realidad social, económica y cultural de Andalucía y la difusión de sus resultados en beneficio de toda la sociedad.

Nuestro compromiso con el progreso de Andalucía nos impulsa a la creación de espacios de intercambio de conocimiento con la comunidad científica e intelectual y con la ciudadanía en general, y a la colaboración activa con las instituciones públicas y privadas que influyen en el desarrollo de la Comunidad Autónoma.

Salud y bienestar social en Andalucía

COORDINADOR

Óscar David Marcenaro Gutiérrez

Investigador de Economía-Centro de Estudios Andaluces

PARTICIPANTES

Francisco Javier Torrubia Romero

Director Gerente-Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

José Martín Martín,

Profesor Titular de Economía Aplicada-Universidad de Granada

Santiago González Ortega

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

Francisco Moreno Narváez

Director de Planificación y Evaluación-Fundación Andaluza de Servicios Sociales

Agustín Ortega Limón

Vicepresidente Ejecutivo de Mibox Technology y experto en gestión sanitaria



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA

agend 2012

Edita:

Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces,
Consejería de la Presidencia, JUNTA DE ANDALUCÍA.

© Del texto: los autores.

© Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces
Bailén, 50, 41001 – Sevilla

Tel.: 955 055 210

Fax: 955 055 211

www.centrodeestudiosandaluces.es

Noviembre de 2011.

ISBN: 978-84-695-0255-6.

Índice

Introducción	7
<i>Oscar David Marcenaro Gutiérrez</i>	
Modelos de gestión sanitaria en Andalucía	13
<i>Francisco Javier Torrubia Romero y José María de la Higuera González</i>	
Necesidades de gasto sanitario en Andalucía	35
<i>José Jesús Martín Martín</i>	
Atención a la dependencia en Andalucía. Retos presentes y futuros	59
<i>Santiago González Ortega</i>	
Conclusiones	83
<i>Oscar David Marcenaro Gutiérrez</i>	

Introducción

Óscar David Marcenaro Gutiérrez

Introducción

Oscar David Marcenaro Gutiérrez

Profesor de Economía Aplicada-Universidad de Málaga
Investigador de Economía-Centro de Estudios Andaluces

Existe una larga tradición, sobre todo en el mundo sajón, respecto al estudio del bienestar (*well-being*) de la población. Esta búsqueda del bienestar de la población cobra mayor relevancia en la medida en que la sociedad se desarrolla, convirtiéndose en un reto político e intelectual en cuya consecución deben participar tanto la sociedad civil, como los políticos y agentes sociales. Ni que decir tiene que el concepto de bienestar es muy amplio, pero sin duda dos de los aspectos claves que lo integran hacen referencia a la salud y a los sistemas de protección social de los que la población se beneficia, por cuanto ambos pueden procurar a las ciudadanas y ciudadanos una mayor calidad de vida, que es, sin duda, un objetivo al que todo individuo tiene derecho y del que, a su vez, todo individuo, y el colectivo en el que se que se integra, debe ser responsable. De hecho uno de los principios que rige el Plan Estratégico del Sistema Andaluz de Salud es el derecho a la salud como una de las fuentes básicas para mantener el Estado del bienestar en Andalucía, e igualmente la Estrategia de Lisboa incluye como elemento clave para el crecimiento económico y la productividad en la Unión Europea la necesidad de un buen estado de salud de la ciudadanía. Es precisamente con el objetivo de profundizar en esa temática con la intención de la que nace el presente capítulo de esta obra colectiva (Agenda 2012), que

complementa el debate abordado en el capítulo previo sobre otro elemento esencial de las políticas sociales: la educación. En concreto en el presente capítulo se recogen las aportaciones de un conjunto de expertos que analizan la situación actual y los desafíos en el medio –y largo plazo- de la sociedad andaluza en aspectos clave relativos a la salud y la protección social, como son los modelos de gestión sanitaria, la gestión y evaluación de los costes sanitarios y la atención a la dependencia. Estas tres cuestiones son analizadas de forma rigurosa poniendo en perspectiva la situación actual y aportando unas pautas básicas que permitan afrontar los importantes retos a los que se enfrenta la sociedad andaluza en éstos ámbitos. Siempre sin perder de vista las dificultades presupuestarias aparejadas al desfavorable ciclo económico mundial al que nos ha tocado enfrentarnos, y que requieren ahora más que nunca que la eficiencia y la equidad se erijan en los principios clave sobre los que articular las políticas socio-sanitarias.

Para enriquecer las aportaciones y poder extraer una potencial hoja de ruta a seguir por las personas implicadas en la toma de decisiones respecto a los temas planteados se organizó en Octubre de 2010 una sesión de trabajo en una de las sedes de la Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, con objeto de discutir las aportaciones realizadas por los expertos y



que éstas se beneficiaran de los comentarios de otras personas igualmente experimentadas en estos temas. En concreto se aportaron tres documentos que fueron elaborados respectivamente por: Francisco Javier Torrubia Romero (Cirujano y Director Gerente del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla), José Jesús Martín Martín (Profesor Titular de Universidad en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada, Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública y Director Académico del Máster de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias; además ha ocupado distintos cargos de gestión en el ámbito sanitario), y Santiago González Ortega (Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Pablo de Olavide y experto en atención a la dependencia). Esas tres aportaciones fueron comentadas por: Francisco Moreno Narváez (Director de Planificación y Evaluación de la Fundación Andaluza de Servicios Sociales), Agustín Ortega Limón (Vicepresidente Ejecutivo de Mibox Technology, y experto en gestión sanitaria, tal como lo avalan algunos de los puestos de responsabilidad que ha ocupado, por ejemplo, fue Secretario General del INSALUD y Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud), y el que suscribe. De la fructífera discusión planteada nacieron las principales conclusiones que se presentan al final de este capítulo a modo de síntesis, y que esperamos sirvan a los ciudadanos en general y a las personas responsables de la toma de decisiones en éste ámbito de reflexión y profundización en la materia.

Las contribuciones plasmadas en este capítulo comienzan su recorrido con el trabajo de Francisco Javier Torrubia Romero. En su aportación se hace un breve repaso histórico de los tres tipos de modelos de gestión sanitaria que han gozado de mayor implantación a nivel

mundial: modelos liberales, socialistas y mixtos; tras enmarcar el modelo sanitario español se plantean sus principales características, prestando especial atención al modelo que se viene desarrollando en Andalucía. En concreto se describen de forma sucinta, pero precisa, cuáles son los principios que rige el Plan Estratégico del Sistema Andaluz de Salud y los diferentes niveles de gestión en los que se está articulando el sistema sanitario. Posteriormente se pasa a comentar el fuerte crecimiento experimentado por los medios de los que se ha dotado al sistema de salud pública y la importancia de la formación de los profesionales y la incorporación de las nuevas tecnologías en los planes de calidad sanitarios, que han situado al ciudadano en el centro del sistema. Su contribución subraya la importancia del concepto de sostenibilidad, puesto que el sostenimiento de un modelo de gestión adecuado para la sanidad andaluza lleva aparejado unas importantes necesidades de gasto sanitario, que se pueden ver notablemente afectadas en un contexto de crisis económica. De ahí que la continuada búsqueda de la eficiencia y la equidad como principios que deben presidir el sistema sanitario requiera abordar un conjunto de reformas que garanticen su sostenibilidad, especialmente en un contexto de importante expansión de la oferta sanitaria como el acaecido en Andalucía. Esa evaluación de las necesidades de gasto sanitario en Andalucía es precisamente el objetivo central de la aportación de José Jesús Martín Martín, para quien el impacto demográfico sobre el crecimiento del gasto sanitario se manifestará en los próximos años tanto por el crecimiento de la población como por el envejecimiento de la misma; aunque en su aportación se recalca que la evidencia empírica relativa a la importancia del envejecimiento de la población para explicar el aumento del gasto sanitario no es concluyente. En cambio sí parece haber cierto acuerdo respecto

a la influencia sobre el crecimiento del gasto sanitario de los precios relativos de los *inputs*, el cambio tecnológico, las nuevas prestaciones, la mayor utilización de servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico. No obstante parece claro que la intensidad de tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores será una de las principales causas del crecimiento del gasto sanitario público.

Como señala el profesor Martín uno de las tendencias demográficas más relevantes en el futuro próximo es el envejecimiento de la población, lo que está haciendo crecer la tasa de dependencia en Andalucía a gran velocidad. Esta cuestión se ha convertido en uno de los ejes claves sobre el que las políticas sociales está incidiendo y tendrá que seguir haciéndolo en el medio y largo plazo. Para analizar la problemática sobre los retos presentes y futuros a los que se enfrenta la atención a la dependencia se presenta la contribución del profesor Santiago González Ortega con el que se cierran las aportaciones de este capítulo. En concreto el profesor Santiago realiza un concienzudo ejercicio de reflexión sobre la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Ley 39/2006), resaltando los aspectos mejorables en cuanto a lo que ha sido su aplicación en los escasos tres años de vida de la misma, y el alto grado de implantación que ha logrado en Andalucía en este período, consolidando a la Comunidad andaluza a la cabeza, tanto en términos absolutos como relativos, respecto a las personas dependientes beneficiadas por las prestaciones que la ley establece.

Somos conscientes de la gran dimensión del tema debatido en las líneas que siguen, puesto que se trata de cuestiones con muchas aristas cuyo tratamiento es demasiado complejo para ser analizado en el reduci-

do espacio que impone el guión de una obra colectiva. No obstante consideramos que la contribución de este grupo de expertos puede y debe ser un punto de partida para fomentar la reflexión del lector ante los importantes retos que la sociedad demanda en materia de salud y por ende de bienestar, cuya consecución debe ser una aspiración de cualquier sociedad democrática como lo es la Andaluza.

Modelos de gestión sanitaria en Andalucía

**Francisco Javier Torrubia Romero y
José María de la Higuera González**

Modelos de gestión sanitaria en Andalucía

Francisco Javier Torrubia Romero y José María de la Higuera González

Director Gerente y Director de Proyectos
Hospital Universitario Virgen del Rocío

Resumen

Los modelos sanitarios, sometidos a continuas presiones internas y externas, han sufrido multitud de cambios a lo largo de los años. Como marco conceptual de referencia se siguen englobando en tres grandes bloques: liberales, países socialistas y mixtos. Estos modelos, aunque siguen manteniendo las ideas de partida han evolucionado de forma latente en todos los países que se han servido de ellos.

En el marco español, desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad (LGS), el sistema sanitario ha sufrido diferentes cambios de mayor o menor calado. El modelo amparado por la LGS, ha estado sometido a debate desde la perspectiva de la gestión desde principios de los noventa; muestra especial de ello es el "Informe Abril" de 1991. Hasta ahora siempre se ha mantenido como base el principio de universalidad y de igualdad en el acceso así como la financiación por impuestos.

Por su parte la Comunidad Autónoma de Andalucía ha desarrollado su modelo sanitario situando en el centro del sistema al ciudadano y tratando de establecer un

modelo basado en la calidad, la accesibilidad, la igualdad y la eficiencia de los recursos disponibles. Desde la Consejería de Salud se han establecido diferentes planes que han ido en la línea anterior y que han tratado de modernizar y actualizar la sanidad andaluza para que sea un referente tanto a nivel nacional como internacional.

En este trabajo se pretende hacer un recorrido por las líneas estratégicas de los diferentes modelos de gestión establecidos en Andalucía, principalmente, empresas públicas y Servicio Andaluz de Salud. Para ello, se iniciará un recorrido desde lo macro a lo micro, es decir, desde las líneas estratégicas de los tres grandes modelos sanitarios a nivel mundial (Liberal, Socialista y Mixto), pasando por el modelo sanitario español y acabando en el modelo sanitario andaluz.

Concluimos con un resumen de las medidas que entendemos pueden mejorar el modelo de gestión y por esta vía contribuir a garantizar la sostenibilidad del sistema.



1. Modelos sanitarios mundiales

El modelo sanitario define el marco de referencia por medio del cual se tomarán las decisiones dentro de la organización tanto pública como privada (Tobar, 2002).

Tradicionalmente, en sanidad, se han distinguido tres tipos de modelos sanitarios: modelos liberales, modelos socialistas y modelos mixtos. Siguiendo al profesor De La Torre:

Los modelos liberales, como en el caso de los EEUU se han distinguido por:

- Considerar a la salud como un bien de consumo.
- Seguir como sistema político los principios del libre mercado.
- Bajo control del Estado en la sanidad.
- Realizar el consumidor directamente el pago al proveedor (aquél que realiza la actividad asistencial) por los servicios prestados.
- Presentar grandes déficit en equidad, debido al alto coste, en el acceso.

Los modelos de los países socialistas muy reducidos tras la caída de la URSS y los países de su entorno, perviven en estados como son los de Corea del Norte o de Cuba, se caracterizan por:

- Búsqueda de la eficiencia. Al ser el Estado el financiador, se invierte más en educación sanitaria o en

medicina preventiva en lugar de hacerlo en fármacos costosos y se racionan los servicios asistenciales.

- Hacer mayor hincapié en Salud Pública.
- Planificación y gestión centralizada.

En Europa los modelos sanitarios predominantes son los modelos mixtos, se les denomina de esta forma por tener financiación tanto del sector público como del sector privado y rasgos de gestión de uno y otro de los paradigmas anteriores.

Dependiendo de cómo se obtenga la financiación se distinguen dos tipos, por un lado, si se trata de países cuya sanidad es financiada mediante impuestos, estamos ante los modelos basados en los Sistemas Nacionales de Salud, el patrón de referencia es el NHS británico ideado por Beveridge. Actualmente algunos de los países que siguen este modelo son: Reino Unido, Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca, Italia, España y Portugal. Por otro lado, si la financiación se realiza a través de cotizaciones sociales obligatorias, se encuentran los sistemas de cuotas o seguro social, cuyo fundador fue Bismark. Algunos de los países con este tipo de modelo son: Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda (Freire, 2006).

Además de la financiación las principales diferencias entre el modelo Bismark y el modelo Beveridge son:

1. Mientras que el modelo Beveridge se trata de un sistema integrado (de forma general), siendo los gobiernos los encargados de la gestión y el personal es empleado público, en el modelo Bismark se realizan contratos con los proveedores tanto públicos, como

privados, contando por tanto con personal procedente de una amplia variedad de empresas.

2. Los Sistemas Nacionales de Salud a diferencia de los Sistemas de Seguridad Social, favorecen la planificación territorial y poblacional, y la coordinación entre niveles de los servicios sanitarios. De hecho, en el caso de los Sistemas de Seguridad Social, no existe como tal el primer nivel de atención primaria.
3. En los Sistemas de Seguridad Social, fuera de la atención hospitalaria, tanto los profesionales de medicina general, como los médicos especialistas trabajan como autónomos y cobran por actos médicos. Mientras que en los Sistemas Nacionales de Salud, el médico puede ser funcionario o autónomo, pero no cobrará por acto médico, sino per cápita.
4. Algunas de las ventajas del Sistema de Seguridad Social es que, los pacientes, cuentan con una mayor capacidad de elección del profesional y a su vez este tipo de sistemas cuentan con una baja lista de espera. Lo que se refleja en una mayor satisfacción de los usuarios que en los Sistemas Nacionales de Salud.
5. Los Sistemas Nacionales de Salud suelen tener un menor gasto sanitario debido al control de los Gobiernos frente a los de Seguridad Social que están más influenciados por la demanda (Freire, 2006).

Cada uno de los modelos tiene una serie de ventajas e inconvenientes frente a los otros, lo que hace que ninguno de ellos predomine claramente y se pueda establecer como modelo “ideal”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los requisitos que debería seguir un modelo sanitario para que fuese considerado como óptimo:

- Universalidad (o cobertura total de la población).
- Atención Integral: significa que el sistema sanitario debe atender no solo a la “asistencia” sino en conjunto amplio, a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Equidad en la distribución de recursos.
- Eficiencia, es decir, mejores prestaciones y mejor nivel de salud al menor coste.
- Funcionalidad (y flexibilidad) para tener capacidad de respuesta ante nuevas necesidades.
- Participación real de la población en su planificación y gestión del sistema sanitario.
- Proporcionar la mayor cantidad de confianza y confort (Bautista, 2007).

Los sistemas sanitarios modernos deben reunir además las siguientes características básicas (Wikiversidad, 2010):

- Equidad y accesibilidad adecuadas.
- Garantía del nivel de renta de los ciudadanos.
- Eficiencia macroeconómica.
- Eficiencia microeconómica.
- Satisfacción de los usuarios.



2. Modelo sanitario español

En el Estado español, el modelo sanitario responde al marco establecido por Beveridge. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el “conjunto de servicios sanitarios e instituciones públicas y privadas de una zona y las relaciones entre ellos”. Se trata de un Sistema cuyo fin es el de cubrir las necesidades sanitarias de la población mediante la promoción, prevención, protección y restauración de la salud.

El SNS sigue el principio de universalidad, es decir, todos los ciudadanos tienen derecho a la asistencia sanitaria, sin tener en cuenta su situación laboral o económica. Es el propio Estado el que debe ser garante de este derecho y el encargado de gestionar y financiar el sistema a través de los presupuestos generales.

El SNS se caracteriza por:

- Universalidad, es decir, la cobertura de la población española es casi del 100 %.
- La asistencia sanitaria está dividida en dos niveles: atención primaria y atención hospitalaria. Siendo la primera la puerta de entrada a la atención hospitalaria y por tanto se le deberá prestar una atención especial.
- Los servicios sanitarios deben estar situados en la geografía española de forma dispersa y accesible, con el fin de que estén siempre al alcance de toda la población española.
- Se trata de un modelo descentralizado en el que las competencias las tienen las Comunidades Autónomas,

mas, con el fin de atender de manera más directa a las necesidades de los ciudadanos (Vázquez, 2009).

El marco regulador del SNS se establece con la entrada en vigor en 1986 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Posteriormente se han ido matizando y actualizando el marco de actuación de la sanidad en el Estado español, a través de la entrada de diferentes leyes como la Ley 30/94 de Fundaciones e incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general o la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión en el SNS. En 2002, se finalizó el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las diferentes Comunidades Autónomas.

Uno de los hitos de reforma más importantes y quizás el de mayor calado en la sanidad española es el que se produjo en 1991 con la emisión del “Informe Abril”. Se trataba de un momento en el que el sistema sanitario respondía de forma lenta a las necesidades de los ciudadanos, unos profesionales desmotivados en el marco laboral y un sistema rígido y sin capacidad de evaluación y análisis y por tanto casi de autocrítica, sumado todo ello a un incremento del gasto en atención hospitalaria que hacía necesario el optimizar los recursos disponibles (Wikipedia, 2009):

1. «Alcanzar un mayor grado de responsabilidad de los gestores del sistema para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales».
2. Crear las bases para que el sistema pueda funcionar con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y permita mayor libertad de elección.
3. Promover una conciencia de coste de los servicios.

4. Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse flexible y autónomamente en su gasto a las autorizaciones presupuestarias.
5. Obtener el mayor grado de participación activa, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario (Blasco, 2007).

Hoy en día encontramos un panorama muy diferente y con muchos modelos sanitarios posibles. A través de la Ley 30/94 de Fundaciones e incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general y de la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión en el SNS, se amplían las formas y modelos de gestión y organización del SNS. Quedando divididas en dos grandes grupos, gestión directa y gestión indirecta (Prieto, 2006; Martín, 2007):

Gestión Directa: de derecho público y de derecho privado

Las formas de gestión que se rigen por Derecho público:

1. Sistema estatutario-funcionario tradicional.
2. Agencias e instituciones con autonomía de gestión sin personalidad jurídica propia.
3. Organismo autónomo administrativo.

Las formas de gestión que se rigen por Derecho privado son:

1. Fundaciones.

2. Ente público.
3. Consorcio.

Gestión Indirecta

1. Personal médico y de enfermería contratado como autónomo.
2. Sociedades limitadas y cooperativas.
3. Contratación de entidades privadas.
 - a. Externalización de servicios no sanitarios.
 - b. Concursos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares.
 - c. Concesiones de obra pública.
 - d. Concesiones administrativas, concesiones de gestión privada.

3. Modelo de gestión sanitaria andaluz

3.1. SSPA: SAS y empresas públicas

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), tal y como se desprende del artículo 43 de la Ley 2/1988, de Salud de Andalucía “es el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones sani-



tarias 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”.

En Andalucía el SSPA engloba, según el artículo 44 de la Ley 2/1988, a:

- a. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo.
- b. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía.
- c. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

El papel de coordinador y de dirección del SSPA pertenece a la Consejería de Salud.

La asistencia sanitaria en Andalucía, se establece en dos niveles: Atención Primaria y Atención Especializada. El primer nivel integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora, de promoción de la salud, educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente; es decir, su característica principal es que presta atención integral a la salud. Mientras que, en atención hospitalaria, se encuentra la oferta de medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que por su especialización no pueden ser atendidos en atención primaria.

La política sanitaria andaluza, desde una perspectiva de equidad y accesibilidad se encuentra en un momento de consolidación de las actuaciones dirigidas a los derechos de la ciudadanía, poniendo a disposición de ésta las innovaciones más importantes en materia de tecnología e investigación, así como mostrando especial interés en los grupos de población que necesitan más atención sanitaria.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) desde su creación en 1986 (Ley 8/1986), es un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Su misión es prestar atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos. El SAS cuenta con 1.491 centros de atención primaria y con 29 hospitales repartidos por toda la Comunidad Andaluza, además existen una serie de organizaciones específicas que tienen la peculiaridad de contar con una organización especial debido a sus características singulares, son: las Áreas de Gestión Sanitaria, los Centros de Transfusión Sanguínea y de Salud Mental, la Coordinación Autónoma de Trasplantes y la Atención a Urgencias y Emergencias.

En los últimos años se ha llevado a cabo en determinados puntos de la geografía andaluza un proceso de unificación de los dos niveles asistenciales (primaria y hospitalaria), que ha traído como consecuencia la creación de las llamadas áreas de gestión sanitaria. Andalucía cuenta en la actualidad con 9 áreas de este tipo: Osuna, Norte de Córdoba, Campo de Gibraltar, Norte de Almería, Serranía de Málaga, Norte de Málaga, Sur de Granada, Este de Málaga-Axarquía y Norte de Huelva.

En cuanto a las empresas públicas, se trata de una forma jurídica que se ajusta perfectamente a la manera de entender y de gestionar la sanidad en Andalucía, garantizando por encima de todo el carácter público de la asistencia sanitaria. Todas ellas dependen de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En la actualidad se cuenta con 6 empresas públicas: la Escuela Andaluza de Salud Pública, especializada en formación; la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), encargada de prestar asistencia a las emergencias sanitarias, y cuatro dedicadas a la asistencia sanitaria, Poniente, Costa del Sol, Alto Guadalquivir y Bajo Guadalquivir (SAS, 2010).

Una empresa pública se caracteriza por gozar de personalidad jurídica propia, tener plena capacidad jurídica y de obrar, contar con patrimonio propio y administración autónoma. Además, se regirá por las normas de derecho privado que les sea aplicable y al personal se le aplicarán las diferentes normas del derecho laboral (Prieto, 2006).

Las Empresas Públicas Hospital Costa del Sol, Hospital de Poniente, Hospital Alto Guadalquivir y Sanitaria Bajo Guadalquivir tienen como objeto social principal “a través de la gestión de los centros sanitarios que se le adscriban, prestar asistencia sanitaria a la población de los municipios de sus Áreas de influencia”. La Empresa Pública Hospital Costa del Sol engloba al Hospital Costa del Sol de Marbella, al Hospital de Alta Resolución de Benalmádena y al Centro de Alta Resolución de Especialidades de Mijas. La Empresa Pública Hospital de Poniente engloba al Hospital de Poniente, al Hospital de Alta Resolución del Toyo y al Hospital de Alta Resolución de Guadix. Por su parte, la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir engloba al Hospital Alto Guadalquivir, al Hospital de Montilla,

al Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, al Hospital de Alta Resolución Puente Genil, al Hospital de Alta Resolución de Alcaudete, y al Hospital de Alta Resolución Valle del Guadiato. Finalmente, la Empresa Pública Sanitaria bajo Guadalquivir engloba el Hospital de Alta Resolución de Écija, el Hospital de Alta Resolución Sierra Norte, el Hospital de Alta Resolución de Utrera y el Hospital de Alta Resolución de Morón.

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) tiene como objeto, tal y como se muestra en sus estatutos aprobados en el Decreto 88/1994, “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.”

Las líneas de actuación que se están llevando a cabo por parte de la EPES y que corresponden a su cartera de servicio son (C. Salud, 2009):

- Gestión conjunta con el SAS del Centro Salud Responde y desarrollo del plan integral de Telemedicina en Andalucía.
- Gestión del traslado de pacientes.
- Transporte aéreo de pacientes.
- Cobertura de Riesgos Previsibles.
- Unidad de atención a desastres.

Por tanto, la línea de actuación del SSPA es seguir apostando por un sistema eficiente en el que se atiendan las



necesidades de los ciudadanos, con la mejor atención sanitaria posible, haciendo un uso racional de los recursos disponibles.

Desde 2008 se está apostando por una serie de líneas de actuación que se consideran principales para el buen funcionamiento de la sanidad andaluza, son las siguientes:

1. Consolidación del uso de habitación individual.
2. Incremento de la prestación para la atención bucodental infantil, así como para las mujeres embarazadas.
3. Tiempos de espera quirúrgica inferior a 120 días para las intervenciones más frecuentes.
4. Chequeo médico anual para los mayores de 65 años.
5. Acceso gratuito a medicamentos y productos sanitarios (prescritos) para los menores de un año.
6. Vacunación gratuita contra el virus del papiloma humano para las niñas menores de 14 años.
7. Mejora y ampliación de la red de centros de atención primaria y secundaria.
8. Expansión de los programas Diraya, Salud Responde y Receta electrónica (Receta XXI).
9. Potenciación de la investigación biomédica (Cabimer, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Banco Andaluz de Células Madre). Inicio de las obras del Centro Andaluz de Nanomedicina y Biotecnología (BIONAND) y del Centro Andaluz de Genómica e Investigación Oncológica.

10. Continuación y desarrollo de los planes integrales activos, así como la puesta en marcha de otros que hagan frente a los problemas de salud más comunes.

11. Desarrollo profesional de los profesionales del SSPA a través del modelo de carrera profesional.

Teniendo en cuenta las líneas de actuación anteriores, para 2009, la política sanitaria descansa sobre los siguientes ejes estratégicos de manera global, (C. Salud, 2009):

1. Construir un sistema de Salud más cercano a las personas, con más servicios, derechos y prestaciones y más democrático y participativo. Se trata de personalizar y humanizar la oferta sanitaria con el fin de cubrir todas las necesidades de las personas que acuden a los centros y servicios sanitarios.
2. Impulsar la Salud Pública para mejorar la salud de la ciudadanía andaluza. En materia de prevención de la enfermedad, promoción y protección de la salud.
3. Establecer una alianza con profesionales y directivos del sistema sanitario para mejorar la organización de los servicios de salud. A través del incremento de la motivación y estabilidad del profesional, potenciando la comunicación interna, la autonomía profesional, la formación continuada, la conciliación de la vida laboral y personal y mejoras en la organización de los servicios.
4. Hacer de la investigación biomédica y la innovación una de las señas de identidad de la Sanidad Andaluza de modo que este desarrollo lleve a mejorar la

calidad en la atención sanitaria y a través de ésta, la salud de la población.

5. Mejora de las infraestructuras y equipamientos sanitarios.

Todas estas líneas estratégicas se llevan a cabo bajo un enfoque de perspectiva de género, atendiendo a la realidad de las desigualdades y haciendo frente a las necesidades específicas de hombres y mujeres (C. Salud, 2009).

3.2. Nuevos modelos de gestión en Andalucía

Andalucía ha apostado por introducir diferentes y nuevas herramientas de gestión y organización al amparo de la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión en el SNS. En el ámbito de la sanidad andaluza, se identifican los siguientes modelos:

Como muestra de modelos de gestión directa en Andalucía, regidos por derecho público, se encuentran:

1. Organismo autónomo administrativo. El Servicio Andaluz de Salud (SAS).
2. Agencias e instituciones con autonomía de gestión sin personalidad jurídica propia. Ej.: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Como muestra de modelos de gestión directa en Andalucía, regidos por derecho privado, se encuentran:

1. Ente público. Ej.: Empresa Pública Hospital del Ponien-

te, Costa del Sol, Andújar, Emergencias Sanitarias de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública.

2. Consorcio. Ej.: Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Modelos de gestión indirecta en Andalucía:

1. Contratación de entidades privadas.
 - a. Externalización de servicios no sanitarios. Ej.: cafetería, lavandería, limpieza,...
 - b. Concursos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares. Ej.: prestaciones farmacéuticas, transporte sanitario, diálisis, asistencia concertada con especialistas (oxigenoterapia, rehabilitación, terapias quirúrgicas, y oncológicas, etc.) y los servicios de diagnóstico (TAC y RNM).

El punto 3 del artículo 63 de la Ley 2/1998 establece que la Consejería de Salud puede “constituir consorcios de naturaleza pública u otras fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades de naturaleza o titularidad pública o privada sin ánimo de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales.” El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía tiene la potestad final del visto bueno para su creación a propuesta de la Consejería de Salud.

Los consorcios son entes con personalidad y responsabilidad jurídica y patrimonio privado. Son sus estatutos los que establecerán el marco regulador organizativo y legislativo aplicable. Los contratos laborales vienen regidos por la Ley de Contratos de las Administraciones



Públicas, pudiendo ser estas en régimen laboral o funcionarial (Prieto, 2006; Martín, 2007).

En el caso de la sanidad andaluza se encuentra un ejemplo de Consorcio Sanitario. Se trata del establecido en diciembre de 2003 entre el SAS y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, y que se le ha denominado como Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. El objetivo principal del consorcio es el de la prestación de asistencia sanitaria especializada en la comarca del Aljarafe de Sevilla (HSJDA, 2010).

La contratación externa, o de entidades privadas, comprende la cesión de servicios sanitarios y/o no sanitarios, por parte de la Administración pública sanitaria, a empresas con fines de lucro. Las formas más corrientes de contratación externa son: externalización de servicios sanitarios, conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares, concesiones de obra pública y concesiones administrativas. Este tipo de contratación han jugado un papel muy importante en el SNS, numerosos estudios analizan el caso de las concesiones de obra pública de Madrid, los Private Finance Initiative (PFI) o de la concesión administrativa más conocida en el ámbito sanitario español, la del Hospital de Alzira.

En el caso andaluz, la fórmula de contratación de entidades privadas más utilizada es la de externalización de servicios no sanitarios, se trata de contratar a entidades privadas para la realización de determinadas actividades no sanitarias en algún centro sanitario. Algunas de las contrataciones más frecuentes son las de cafetería, la de lavandería, la de limpieza, la restauración, la seguridad o el mantenimiento (Prieto, 2006; Martín, 2007).

Bajo el título de conciertos regulados para la prestación de servicios sanitarios y convenios singulares se engloban aquellos acuerdos para la realización de servicios sanitarios “empleando medios ajenos a los de la Administración Pública” (Martín, 2007). Algunos de los ejemplos de este tipo en la sanidad andaluza son las prestaciones farmacéuticas, transporte sanitario, diálisis, asistencia concertada con especialistas y los servicios de diagnóstico (TAC y RNM). El Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, establece la cartera de servicios de estos servicios.

4. Planes establecidos en la sanidad andaluza

II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA): Caminando hacia la Excelencia

En Andalucía, desde la Consejería de Salud, con la puesta en marcha de los planes de calidad se apuesta por un modelo del Sistema Sanitario Público Andaluz comprometido y orientado al ciudadano con el objetivo de cubrir sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción del usuario.

Este plan persigue una organización más horizontal y flexible basada en la continuidad asistencial, con criterios de mejora continua, que facilite la cooperación de los profesionales.

El II Plan de Calidad del SSPA se apoya en cuatro pilares fundamentales:

- Gestión por procesos.
- Gestión clínica.
- Gestión por competencias.
- Modelo de acreditación y mejora continua.

Gestión por Procesos Asistenciales Integrados

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye una estrategia central para la mejora de la calidad. El Proceso Asistencial es el nexo entre profesionales y ciudadanos. Las siguientes son características inherentes a la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados (PAIS):

- Centrar las actuaciones en el usuario.
- Implicar a los profesionales como principales protagonistas del cambio.
- Garantizar una práctica clínica acorde con el conocimiento científico disponible.
- Facilitar la continuidad asistencial.
- Evaluar los resultados obtenidos.

Este espacio pone a su disposición distintos productos en relación con la Gestión de los Procesos Asistenciales más frecuentes o de especial impacto en salud con la finalidad de resultar de utilidad para todos los profesio-

nales. Estos procesos han sido diseñados sistemáticamente por grupos de profesionales expertos de todos los estamentos en cada una de las fases correspondientes con el adecuado apoyo metodológico por parte de la Consejería de Salud. La complicitad profesional ha resultado fundamental para la posterior implantación de los mismos en los distintos ámbitos.

Además, se completa con un espacio destinado a la ciudadanía donde se irá incorporando información de calidad contrastada que permita la toma de decisiones compartida.

Gestión Clínica

Tal y como define el SAS la gestión clínica, se trata de “un proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica”. Lleva asociado un cambio organizativo para orientar los servicios sanitarios a pacientes y procesos. Mientras que en el modelo tradicional los distintos servicios no estaban relacionados entre sí de forma organizada, con el modelo de gestión clínica se persigue la integración, ordenación y coordinación de estos servicios con la perspectiva del paciente como objetivo de las actuaciones y centro del sistema.

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



Gestión por competencias

Por competencia se entiende, las actitudes y aptitudes que debe tener un determinado profesional para desarrollar su actividad de manera efectiva. El profesional competente ha de saber hacer, querer hacer y poder hacer lo adecuado en el momento adecuado.

Teniendo en cuenta estas líneas, el SSPA ha decidido apostar por el desarrollo profesional, integrando en la estrategia de gestión por competencias la formación pregrado, postgrado y continuada y estableciendo planes de desarrollo profesional ligados a los planes de formación continuada de los centros del SSPA.

El carácter dinámico del concepto queda reflejado en el III Plan de Salud, en el que se muestra la disposición a que los profesionales cambien sus perfiles y competencias actualizando sus conocimientos y prácticas de acuerdo con la evidencia científica existente.

Modelo de acreditación y mejora continua

El modelo de acreditación de los profesionales, presente desde 2003 en Andalucía, tiene como referentes la lucha de la organización por una cultura de mejora continua y de sistemas de calidad homogéneos en todos los centros asistenciales de Andalucía. Haciendo del SSPA un organismo en búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) es la que juega el papel central y establece las estrategias de mejora continua de los centros a través de 4 programas de acreditación (de centros y unidades sanitarias, de competencias profesionales, integral para la acre-

ditación de la formación continuada y de páginas web sanitarias). A fecha del 1 de abril de 2010 existían en proceso de acreditación: 254 centros y unidades sanitarias, 9.460 profesionales, 721 unidades, centros, programas y actividades de formación continuada y 43 páginas web. Mientras que había acreditados ya: 225 centros y unidades sanitarias, 1.854 profesionales, 7.024 unidades, centros, programas y actividades de formación continuada y 12 páginas web (ACSA, 2010).

III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. "Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos"

El tercer Plan Andaluz de Salud nace en 2003 como continuidad de los dos planes anteriores y con el fin de seguir mejorando en el bienestar, calidad de vida y cohesión social de los ciudadanos de Andalucía. Establece para ello que los esfuerzos deben de ir dirigidos a:

- El ciudadano: tanto como ente individual como miembro de la sociedad.
- Las organizaciones sanitarias y el papel de los profesionales.
- Los cambios tecnológicos.

En este plan se establece la idea de entablar alianzas intersectoriales e interdisciplinares con administraciones locales, agentes sociales y asociaciones.

Las líneas de actuación en las que se centra este plan, son:

- Desarrollar un modelo integrado de salud pública moderno, innovador y transparente, que dé respuesta a las nuevas situaciones y que sea sensible a las demandas sociales.
- Mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.
- Proteger y proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud.
- Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de Planes integrales contra el cáncer, la diabetes, las enfermedades del corazón, los accidentes, los problemas osteoarticulares y a favor de la salud mental y la atención a las personas en situación de dependencia.
- Reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos.
- Garantizar la participación efectiva de los ciudadanos en la orientación de las políticas sanitarias.
- Impulsar la incorporación y el uso de nuevas tecnologías con criterios de equidad y evidencia científica.
- Impulsar acciones transformadoras derivadas del desarrollo de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación.
- Desarrollar la investigación en salud y servicios sanitarios.
- Integrar los avances científicos del genoma humano en la investigación y la prestación de servicios.

Plan Estratégico del SAS. Una propuesta de gestión pública diferenciada

El Plan Estratégico del SAS recoge las líneas de actuación y estrategias establecidas para alcanzar los objetivos del Plan Andaluz de Salud y el Plan de Calidad.

Se trata de un plan nacido de una amplia reflexión sobre las funciones y ámbitos de la organización, en búsqueda de un crecimiento sostenible que garantice la calidad, igualdad y solidaridad en la atención sanitaria.

Los principios por los que se rige este plan son:

- El derecho a la salud como una de las fuentes básicas para mantener el Estado del Bienestar en Andalucía.
- Consolidar un sistema público de salud. Siguiendo los principios de aseguramiento único y asistencia universal, pública y gratuita.
- Todo lo anterior sin olvidar que el SAS, es una organización con un amplio número de centros y cuya gestión se basa en procedimientos complejos e innovadores.

Las líneas estratégicas que se establecían en este plan, son:

- Orientar los servicios a la mejora de la salud.
- Incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios.
- Conseguir mayor eficiencia y efectividad a partir de la interrelación entre usuarios y profesionales.
- Asegurar la equidad y la solidaridad.



Gestión clínica, eje de transformación y bases para la sostenibilidad

El plan estratégico del SAS introdujo el concepto y la estrategia de gestión clínica como eje de transformación de la organización sanitaria desde el punto de vista de la provisión de servicios.

Partiendo del hecho de la importancia radical de la relación paciente-profesional sanitario como centro del sistema y espacio compartido donde se aporta valor al sistema y al servicio, reconoce que el agente fundamental en la aportación de valor es el profesional sanitario, y que es éste además el que tiene a su cargo la mayor y más importante capacidad de decisión sobre los recursos que se asignan, desde las pruebas diagnósticas a los procedimientos terapéuticos, médicos o quirúrgicos, pasando por la asignación del propio tiempo y competencias.

La gestión clínica se convierte en un enfoque y una estrategia de transformación del sistema que se soporta en la descentralización radical y el compromiso de los profesionales y responsables clínicos con los objetivos y estrategias del sistema a través de acuerdos-contratos explícitos de resultados y recursos. Estos contratos son pactados y evaluados anualmente por la propia institución y la Unidad de Gestión Clínica, lo cual permite establecer una estrategia compartida de mejora continua conciliando la visión profesional y la de los ciudadanos representada por la administración sanitaria.

Se establece un sistema de retribuciones en el que aumenta el peso del factor variable con objeto de reconocer los mejores resultados y motivar a las mejores unidades y profesionales.

La gestión clínica incorpora como mínimo tres estrategias:

- Una estrategia de calidad.
- Una estrategia de desarrollo organizativo.
- Una estrategia de gestión.

Desde la perspectiva de calidad (“hacer bien lo que hay que hacer”), incorpora el ciclo continuo de planificación, acción, evaluación, introducción de mejoras, y la cultura de la evaluación externa.

Desde la perspectiva de desarrollo organizativo plantea identificar las áreas o espacios compartidos donde es posible maximizar el valor para el paciente rompiendo barreras interprofesionales (facultativos-personal de enfermería), especialidades médicas, centros. Así se desarrollan Unidades de Gestión Clínica que bajo un mismo marco organizativo integran a profesionales médicos y de enfermería, especialidades médicas y quirúrgicas, distintos hospitales y hospitales y atención primaria.

La experiencia de la gestión clínica iniciada a finales de los noventa de manera más o menos experimental se ha consolidado como eje de la transformación del SAS, y como el nuevo modelo de gestión, sustentada en los buenos resultados evidenciados en ámbitos clave como la satisfacción de los pacientes y sus familiares (Encuesta de satisfacción de pacientes de UGC HUVR 2003-07), satisfacción de los profesionales (Encuesta de satisfacción de profesionales de HUVR 2007), resultados clínicos y económicos.

Este modelo ha trabajado a lo largo de estos años para asegurar la continuidad asistencial, facilitar la promoción integral de la salud y llevar a cabo de manera eficaz los diferentes planes, procesos y estrategias establecidas por la Consejería de Salud.

La gestión clínica integra además en su ámbito local la estrategia de gestión por procesos y la de gestión por competencias.

La Gestión Clínica en Andalucía es el intento más serio del lado de los proveedores sanitarios de alcanzar el equilibrio entre eficiencia-calidad-equidad y satisfacción sin tocar la estructura del sistema.

Para medir este grado de eficiencia-calidad-equidad en los servicios, las UGC tienen como instrumento principal las encuestas de satisfacción que pasan a los usuarios así como el barómetro que obtiene el propio hospital a través de las encuestas a los profesionales. Estas encuestas permiten conocer áreas de mejora por parte del proveedor sanitario al enfrentar las expectativas del usuario con respecto al servicio prestado (Alcalá, 2002).

Con la Gestión Clínica se persigue involucrar al profesional con los objetivos de la organización entendiendo que un mayor nivel de eficiencia-calidad-equidad, que se reflejará en la consecución de estos objetivos, dará como resultado una mayor satisfacción laboral del profesional (De Abajo, 2008).

En definitiva, la Gestión Clínica sirve como instrumento de mejora de la eficiencia-calidad y equidad del servicio prestado por las distintas Unidades, que se refleja en las encuestas de satisfacción realizadas tanto a usuarios como a profesionales (Alcalá, 2002; De Abajo, 2008).

5. Modelos de gestión sanitaria en Andalucía: conclusiones y propuestas de actuación

A la luz de todo lo anterior, se pretende en este apartado y a modo de conclusiones, aportar una serie de reflexiones y propuestas sobre el desarrollo futuro del SSPA.

De entrada habría que dejar claro que cuestiones como la cobertura universal, financiación por impuestos y asignación centralizada de recursos ligada, obviamente, a la cartera de servicios son áreas que deben modularse de manera centralizada.

La cartera de servicios común del SNS deberá continuar siendo tutelada por el MSC y el Consejo Interterritorial a fin de asegurar la equidad en el acceso a las prestaciones que representa.

El núcleo central del sistema de atención sanitaria, en el que se genera el valor y el consumo de recursos más importante, es el encuentro profesional sanitario-paciente/ciudadano dentro del proceso asistencial, en donde el paciente resuelve su problema de salud, cubre sus necesidades y atiende sus expectativas de servicio.

La gestión (efectiva, eficiente, equitativa y participativa) de este espacio compartido entre el profesional, el ciudadano propietario y la administración sanitaria es la razón de ser del modelo de gestión clínica.

En la medida que se aplica de manera efectiva el modelo de gestión clínica, es un medio esencial para la soste-



nibilidad del sistema, con independencia de las formas institucionales que este adopte.

El modelo de gestión clínica presta capital importancia al papel de los profesionales y su capacidad de asumir niveles progresivos de autonomía organizativa y de gestión en función de la corresponsabilidad en los resultados del servicio.

Se precisa delegar progresivamente competencias en las unidades clínicas (organización básica del modelo) para la gestión de los recursos (materiales y humanos) con los que atienden los objetivos de resultados (clínicos y económicos) planteados por el “comprador” de servicios. El modelo de gestión por competencias de los profesionales y personas empleadas por el sistema, debe regir el acceso, la movilidad y el desarrollo profesional, así como influir en el sistema de incentivos económicos.

Dada la complejidad de la organización sanitaria y la necesidad de que sean múltiples las unidades clínicas que intervienen en los procesos asistenciales concretos (unidades de atención primaria, diagnósticas, urgencias, médicas, quirúrgicas, rehabilitación, etc.), la capacidad de concertación entre ellas –formalmente en acuerdos, convenios, contratos- se convierte en una herramienta y un modelo de gestión esencial para garantizar la efectividad y eficiencia de la red(es) asistencial(es) que se crean alrededor de los procesos asistenciales. Gestión de redes y gestión de procesos son dos elementos fundamentales del modelo.

La arquitectura y el entorno organizativo de las unidades clínicas y de las redes de unidades clínicas son un parte clave de los nuevos modelos de gestión. Los

profesionales de atención primaria, individualmente y en equipo, organizados en unidades de gestión, tienen una gran capacidad (como puerta de entrada del sistema y agentes de la salud de los ciudadanos que nominalmente tiene asignados) para regular los flujos de demanda y garantizar el uso adecuado de los recursos más convenientes. Es necesario introducir incentivos de todo tipo (no solo económicos) para desarrollar estas funciones y mejorar su capacidad de resolución, aspectos que pueden contribuir a fijar a los ciudadanos al territorio y hacer un uso más racional del conjunto de servicios, además de revitalizar el papel y la consideración de los profesionales de AP dentro del sistema.

Las relaciones entre niveles asistenciales son un aspecto importante del modelo organizativo, la forma que adopten determina en gran medida los resultados globales del sistema. Posiblemente no hay una única forma de resolverla, el área integrada es una de ellas pero no acaba de resolver el problema de organizar el conjunto de elementos que intervienen para satisfacer todas las necesidades asistenciales de una población determinada. En este sentido la región sanitaria o una “gran área sanitaria”, como ámbito donde se cubren todas las necesidades desde el nivel de AP hasta el de hospital regional, puede que sea un espacio más eficiente para la planificación y ordenación de los recursos que requieren las necesidades de salud de una población, que el de espacios más reducidos o más amplios (el área sanitaria actual o la comunidad autónoma). En este concepto resulta clave entender que la “gran área sanitaria” permite, en el ámbito de la atención especializada fundamentalmente, el desarrollo de grandes Unidades de Gestión Clínica que aglutinan los conocimientos y los diferentes centros necesarios para la atención integral del paciente. Desde la perspectiva profesional esta or-

denación debe ser más satisfactoria al abrir las posibilidades de desarrollo profesional.

La separación entre las funciones de gestión logística y operativa (entre gestión y producción) es también un espacio de innovación en la gestión de la que se pueden generar mejoras de eficiencia. Se trata de sacar ventajas de la centralización y de la descentralización al mismo tiempo. Centralizar funciones con ganancias por economía de escala como la adquisición de suministros (plataformas provinciales y regionales de compras, almacenamiento y distribución) y descentralizar la prestación de servicios o la incorporación de nuevos profesionales (unidades de gestión clínica).

La deslocalización de los servicios soportada y facilitada por la digitalización de la información y las comunicaciones es una oportunidad y una nueva frontera para la prestación de servicios tanto en la relación con los pacientes como de los profesionales entre sí, de hecho permite la accesibilidad a recursos especializados manteniendo la prestación local del servicio (producción local de la imagen diagnóstica e informe centralizado, viaja la información no el paciente ni el profesional).

La salud electrónica o e-salud o e-asistencia, que amplía el concepto más tradicional de telemedicina, a la que incluye, es el nuevo entorno para la generación de nuevos servicios y/o nuevas formas de prestar servicios. Nuevos canales y formas para la relación entre ciudadanos, cuidadores, pacientes y profesionales van a permitir nuevas maneras de organización y gestión, algunas de ellas en fase de experimentación o ya consolidadas: imagen, tele asistencia, tele consulta. Los nuevos aspectos organizativos que permiten estas tecnologías están por desarrollar pero permite hablar de servicios

integrados de área o región sanitaria (Anatomía Patológica, RX, Etc.). Es relevante la potencia que introduce para los sistemas de información integrados y su explotación para la gestión clínica, incluida la ayuda a la toma de decisiones y aplicación de tratamientos.

La historia de salud única del ciudadano es el eje en el que se soportan los nuevos servicios. El acceso de los pacientes, sus cuidadores y los ciudadanos a sus propios datos y a la información sanitaria va a transformar, de hecho lo está haciendo ya, la práctica clínica. Es necesario gestionar las expectativas y las nuevas demandas de manera que no rebasen la capacidad del sistema, y su propia sostenibilidad. Eso requiere que pacientes, cuidadores y ciudadanos se transformen en sujetos activos y responsables de su propia salud, y con ellos menos dependientes y demandantes de servicios especializados. Las TICs, las nuevas formas de relación activa con la Web (lo que se ha venido en llamar Web 2.0, 3.0), la movilidad, la inteligencia artificial, la robótica, etc., son una oportunidad para ello.

El desarrollo tecnológico y la innovación son claves para ganar en efectividad y en eficiencia aunque la incorporación de nuevas tecnologías y la intensidad tecnológica en el manejo de los procesos clínicos contribuyen al incremento de los costes de manera muy significativa. La incorporación de nuevas tecnologías requiere de una evaluación rigurosa (papel de la AETSA) y un procedimiento formal para incorporar nuevos servicios en la cartera de servicios oficial.

Estos procesos de regulación de la oferta (con su impacto en la demanda y los costes) deben ser ejercidos centralizadamente desde la autoridad financiadora pero deben, al mismo tiempo, ser compatibles con la iniciati-



va local, donde se presta el servicio y donde es posible obtener ganancias de efectividad y donde se identifican importantes iniciativas en innovación y ordenación. La relación con la industria y con el mundo académico de la investigación requiere acuerdos transparentes y gestión especializada pero integrada dentro de un continuo, en el que la gestión de la producción de servicios está vinculada con la de la innovación, la investigación y la formación.

La gestión del conocimiento no es una nueva retórica, ni una herramienta informática que se puede comprar. Está en el núcleo central de la gestión sanitaria que es, en última instancia, aplicación de conocimiento a personas y situaciones concretas, y requiere gestionar la producción de nuevo conocimiento, su acumulación, derechos de propiedad, distribución y su aplicación, a través (por y para) de las personas.

Eso no quita que en términos de producción concreta haya que desarrollar modelos de incentivos y de financiación que contemplen la educación y la investigación como productos específicos que consumen recursos y que deben ser financiados, si queremos explotar todo el potencial de desarrollo económico y social que tienen los servicios sanitarios (modelo de gestión de hospital (centro) universitario).

Índice de acrónimos

ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

CCAA: Comunidades Autónomas.

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública.

EPES: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias.

HSJDA: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

HUVR: Hospital Universitario Virgen del Rocío.

LGS: Ley General de Sanidad.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PFI: Private Finance Initiative.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SSPA: Servicio Sanitario Público de Andalucía.

UGC: Unidad de Gestión Clínica.

Bibliografía

- ACSA. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Programas de Acreditación. 2010. http://www2.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/programas_de_acreditacion/
- Alcalá Ruiz, Marina “Satisfacción de los usuarios de las unidades de gestión clínica del Hospital Universitario Virgen del Rocío”. Tesina del I Máster de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias. Biblioteca Escuela Andaluza de Salud Pública. 2002.
- Bautista R. Luz Marina “Enfermería y la Salud Pública... Reto o Compromiso”. Universidad Francisco de Paula Santander. Ciencia y Cuidado. Vol. 4. Número 4. Pág. 45-50. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2534045&orden=0
- Blasco Castany, Rafael. “Las nuevas formas de gestión sanitaria <<Modelo Alzira>>” Instituto de Estudios Económicos. 2007. http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_39677_FICHERO_NOTICIA_21784.pdf
- Consejería de Salud. “Cifras y Datos 2009” Análisis de los créditos para 2009: Las Empresas Públicas. Pág.: 92-134. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009.
- De Abajo Bedmar, Félix Ramón “Nivel de Satisfacción laboral del personal del hospital Universitario Virgen del Rocío en relación con su pertenencia o no a Unidades de Gestión Clínica”. Tesina del IV máster de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias. Biblioteca Escuela Andaluza de Salud Pública. 2008.
- De la Torre Fernández, Julio. “Descripción de los diferentes modelos sanitarios” <http://club.telepolis.com/torrefdz/antropusi41.htm>
- Decreto 88/1994, de 19 de abril. Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Estatutos. <http://www.epes.es/estaticas/pdf/d881994a.pdf>
- Empresas públicas: http://epsbg.junta-andalucia.es/epsbg/institucional/p_institucional.html
- Escuela Andaluza de Salud Pública. “La Escuela” 2010 <http://www.easp.es/web/corporativa/index.asp?idSub=305&idSec=305&idCab=305>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. “Marco estratégico 2009-2011”. 2009 <http://www.easp.es/web/Documentos/Generales/Marco %20Estrategico %20EASP.pdf>
- Freire, José Manuel “El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones” Claridad, 2006 www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf
- Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. “Consortio Sanitario Público del Aljarafe”. 2010 <http://www.hsjda.es/opencms/opencms/SJD-Aljarafe/hospital/QuienesSomos/index.html>
- II Plan Andaluz de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía: Caminando hacia la Excelencia. 2005-2008. Servicio Andaluz de Salud. http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/II_plan_calidad/II_plan_calidad.pdf



III Plan Andaluz de Salud. 2003-2008. “Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos”. Consejería de Salud. http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/III_plan_andaluz_salud/III_plan_andaluz_salud.pdf

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I14-1986.html

Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/I15-1997.html

Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud en Andalucía. http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/an-I2-1998.html

Ley 30/1994, de 24 de noviembre, de fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Fiscal/I30-1994.html

Martín Martín, José Jesús; López del Amo González, M^a del Puerto. “Innovaciones Organizativas y de Gestión en el SNS”. Gestión Hospitalaria. Ed. Mc Graw-Hill. Capítulo III pág. 21-38.

Plan Estratégico del SAS. Una estrategia de gestión pública diferenciada. 1999. Servicio Andaluz de Salud. <http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/10/html/inicio.html>

Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona A., Mengual García E. “El papel de la financiación públi-

co-privada de los servicios sanitarios”, Fundación Alternativas. 2006 <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2880546>

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. “La Organización”. 2010 http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerelSAS

Tobar, Federico. “Modelos de Gestión en Salud”, 2002 <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/modelos-de-gestion-en%20salud.pdf>

Tobar, Federico. “Modelos de Gestión” <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/Modelos-de-gestion.pdf>

Vázquez Ucha, Juan Carlos. “Sistema Sanitario Español” Scribd. 2009. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/14162796/Sistema-Sanitario-espanol>

Wikipedia. La enciclopedia libre. Informe Abril. 2009 http://es.wikipedia.org/wiki/Informe_Abril

Wikiversidad. Medicina Familiar y Comunitaria. “Los Servicios Sanitarios”. 2010 http://es.wikiversity.org/wiki/Medicina_Familiar_y_Comunitaria

Necesidades de gasto sanitario en Andalucía

José Jesús Martín Martín

Necesidades de gasto sanitario en Andalucía

José Jesús Martín Martín

Profesor Titular de Economía Aplicada-Universidad de Granada

Resumen

El documento explora las necesidades del gasto sanitario en Andalucía. Tanto la literatura sobre determinantes del gasto sanitario, como los estudios sobre proyecciones del mismo en España a nivel regional señalan que el impacto demográfico (aumento poblacional y envejecimiento), aún siendo apreciable, es inferior al derivado de otros factores de naturaleza más endógena, como el precio relativo de los *inputs*, la incorporación de tecnologías, o el diseño institucional.

Andalucía es una región pobre en el contexto del Estado, que muestra peores patrones de morbi-mortalidad, y donde el progresivo envejecimiento poblacional conlleva un predominio de las enfermedades crónicas. Las políticas de consolidación fiscal de los próximos años imposibilitan continuar las políticas de expansión de la oferta, y van a someter al sistema sanitario andaluz a fuertes tensiones. La sostenibilidad del sistema requiere abordar un conjunto de reformas, tanto a nivel estatal como regional, orientadas tanto a mejorar la gobernanza como a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

1. Introducción¹

A principios del siglo XX, la muerte era un suceso cotidiano en Andalucía, la esperanza de vida de un recién nacido era inferior a la de sus padres. Alterar este hecho natural y lograr que los padres mueran antes que los hijos es una conquista tan revolucionaria como reciente. En el último siglo prácticamente se ha duplicado la esperanza de vida, ganando cerca de cuarenta años de vida por persona, lo que ha permitido recuperar gran parte del atraso histórico respecto a los países europeos. Pasar de tener una esperanza de vida de 40,7 años en 1910 a prácticamente el doble en el momento actual, modifica de forma radical la planificación de la vida y la estructura de la sociedad. Esta revolución demográfica es tan drástica como posiblemente irrepetible.

No es posible atribuir esta mejora de la longevidad al gasto sanitario en exclusiva, han sido el crecimiento económico y las mejoras en la nutrición, los factores fundamentales de esta histórica caída de la mortalidad en todos los países desarrollados (Fogel, 2004). Un círculo virtuoso,

[1] Agradezco los comentarios y sugerencias a M^a Puerto López del Amo, Andrés Rabadán y Alberto Fernández.



dado que, por ejemplo, sin la disminución drástica de la tasa de mortalidad infantil, hubiera sido impensable la participación de la mujer en el mercado laboral. Solo en las últimas décadas ha adquirido protagonismo la atención sanitaria, a la vez que la investigación identificaba las complejas características de la función de producción de salud. La evidencia internacional sugiere que el crecimiento económico no mejora la salud sin una intervención pública explícita (Cutler, Deaton, y Lleras-Muney, 2006). No cualquier actuación es válida, es una falacia sostener que cualquier incremento del gasto sanitario se traduce en mejoras de salud de la población. Los diseños institucionales —el buen gobierno sanitario— tienen un papel clave en evitar que el incremento del gasto sanitario se disipe sin repercusiones positivas en la salud o la calidad de vida (Ortún, 2009).

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a las necesidades de gasto sanitario en Andalucía a partir de los estudios y la información disponible. La tarea es particularmente compleja por varios motivos. En primer lugar, el futuro es intrínsecamente incierto como han recordado personalidades tan dispares como John Maynard Keynes y Karl Popper, y un trabajo de este tipo tiene inevitablemente cierto carácter especulativo; en segundo lugar, la literatura empírica sobre determinantes del gasto, aunque robusta, no ofrece resultados concluyentes y en el mejor de los casos refleja relaciones causales históricas; en tercer lugar, los modelos de proyección del gasto sanitario dependen de las hipótesis utilizadas, dando lugar a una importante dispersión en sus escenarios.

Finalmente, la crisis financiera mundial iniciada en el año 2007 se ha transformado en una crisis de deuda soberana y privada que está obligando a España a escenarios de consolidación fiscal de una extrema dureza

que aumentan el riesgo de estancamiento económico y cuestionan el modesto Estado del Bienestar construido en las últimas décadas.

En este contexto, no debe olvidarse que Andalucía es una región instalada históricamente en la pobreza, aunque convergiendo con las sociedades más prósperas de nuestro entorno. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el año 2005, Andalucía está en el furgón de cola con un ingreso medio neto anual por hogar de 19.343 €, sólo por delante de Extremadura y Castilla la Mancha, todavía lejos de los 22.418 € de media de España, y a considerable distancia de los 28.391 € de Navarra o los 27.540 € de Madrid. La pobreza se paga, y explica al menos parcialmente nuestros superiores patrones de morbi-mortalidad persistentemente superiores a la media nacional.

Paradójicamente estas limitaciones, pueden reforzar la utilidad de trabajos de este tipo en la medida que ayuden a calibrar las opciones disponibles y los retos a los que se enfrenta el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Este trabajo aspira a ser riguroso, pero no neutral. La objetividad es epistemológicamente imposible, dado que aspectos normativos centrales sobre justicia e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios o en la prioridad otorgada socialmente a las desigualdades en salud son parte constituyente de cualquier análisis de las necesidades de gasto sanitario.

El crecimiento futuro del gasto sanitario en Andalucía dependerá de un conjunto de factores que pueden agruparse en exógenos o endógenos en función de la capacidad para influir sobre ellos desde el ámbito político

y de gestión. Entre los primeros cabe mencionar los relacionados con la demografía y la salud, los precios de los productos farmacéuticos y la innovación tecnológica. Entre los factores endógenos, responsabilidad al menos parcial, del Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA) deben incluirse las políticas de oferta, la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones, el nivel de utilización de los servicios, la intensidad de los inputs y la prioridad otorgada a la reducción de las desigualdades sociales en salud.

El documento se organiza en cinco apartados. El primer epígrafe resume la evidencia disponible sobre determinantes del gasto sanitario. Los dos siguientes describen las características demográficas y de salud de Andalucía y los recursos y actividad del SSPA respectivamente, con énfasis en las desigualdades de salud y utilización. El cuarto epígrafe, revisa el gasto sanitario de Andalucía, y los principales estudios publicados sobre necesidades futuras del mismo, en el marco del conjunto de CCAA. Un último epígrafe de conclusiones y sugerencias cierra el documento.

2. Determinantes del gasto sanitario

Los primeros estudios sobre determinantes del gasto sanitario identificaban la riqueza de un país como el principal determinante del gasto sanitario con una elasticidad renta superior a 1 configurando el gasto sanitario como un bien de lujo (Newhouse, 1977; Leu, 1986; Parkin, McGuire y Yule, 1987; Brown, 1987; Gerdtham *et al.*, 1992). Estos resultados avalaban la *Ley de Wag-*

ner o Ley del crecimiento secular del sector público, según la cual el aumento del gasto público es incluso más rápido que el aumento de la producción del país². Sin embargo, en la década de los noventa del pasado siglo, métodos econométricos más robustos situaron las estimaciones de la elasticidad renta de la demanda cercana a uno, lo que suponía considerar la sanidad como un bien normal (Culyer, 1990; Hitiris y Posnett, 1992; Hitiris, 1997).

También en la década de los noventa diversos estudios analizan el impacto del envejecimiento demográfico en el gasto sanitario con resultados contradictorios en cuanto a su importancia (Getzen, 1992; Gerdtham, 1993; Blomqvist y Carter, 1997). El estudio de Zweifel, Felder y Meiers (1999) es el precursor de una serie de investigaciones que incluyen la proximidad a la muerte como variable explicativa del gasto sanitario³. Según este enfoque, el gasto sanitario se concentra en el cuatrimestre o año anterior a la muerte, independientemente de la edad del individuo. Si la hipótesis de la cercanía de la muerte es cierta, una proporción reducida de individuos que mueren cada año, suponen una proporción elevada del gasto sanitario. Sí se considera el gasto sanitario integrado por los costes de mortalidad y los costes de

[2] La *Ley de Wagner* o *Ley del crecimiento secular del sector público* fue formulada por su autor en 1883 y, posteriormente en 1911, aunque empezó a despertar el interés entre los economistas del sector público desde su redescubrimiento a través de la recopilación *Classics in Public Finance* de Musgrave y Peacock (1958).

[3] Zweifel *et al* (1999) introducen el término red herring (pescadilla o arenque rojo) para el hecho de que la edad no tiene un impacto significativo en el gasto sanitario. Parece ser que proviene de un juego inglés antiguo en el que había una pescadilla roja que no tenía ningún papel en el mismo.



morbilidad es plausible sostener que el gasto medio de cada grupo de edad no debe ser mayor en el futuro, dado que el porcentaje de individuos de cada cohorte de edad situado en su último año de vida tenderá a disminuir en los próximos años (Evans *et al.*, 2001; Gorneman y Zunzunegui, 2002; Casado, 2005), precisamente en eso consiste el envejecimiento poblacional.

Reinhardt (2003) en una revisión de los principales estudios de Estados Unidos, encuentra que son la difusión de tecnologías sanitarias, la asimetría de poder en el mercado sanitario favorable a la oferta, y la escasez de profesionales sanitarios, los verdaderos impulsores del espectacular crecimiento del gasto sanitario americano, y no el envejecimiento.

El impacto de la tecnología empieza a ocupar un lugar destacado como variable explicativa del crecimiento del gasto sanitario a partir del trabajo de Newhouse (1992) que analizó el gasto sanitario de Estados Unidos desde 1960 a 1987, encontrando una fuerte relación positiva entre el gasto y las tecnologías sanitarias.

Recientes trabajos (OCDE, 2003; Oliveira Martins y la Maisonneuve, 2005; Dybczak y Przywara, 2010) señalan que los factores no demográficos y particularmente la alta tecnología son un elemento clave en el aumento del gasto sanitario en los países europeos en las últimas décadas. Sin embargo, no parece generar un alto rendimiento social, sino estar sometido a rendimientos marginales decrecientes, aplicándose en primer lugar a enfermos relativamente sanos, para extenderse posteriormente su uso a enfermos de mayor gravedad (Jacobzone, 2003; Moïse, 2003).

Alternativamente, las tecnologías de la información presentan notables posibilidades para la mejora en la coordinación entre niveles de atención sanitaria y sociosanitaria, formación continua de profesionales, y monitorización de enfermos crónicos, siendo la historia clínica electrónica el ejemplo más significativo. A pesar del notable esfuerzo realizado por Andalucía en los últimos años, es sin duda uno de los campos en los que el espacio de innovación es más amplio, si se acompaña de cambios coherentes en el gobierno institucional.

Algunos estudios señalan que un alto porcentaje de gasto en atención primaria, el pago capitolativo a los profesionales sanitarios de este sector y su papel de coordinador efectivo entre niveles, son factores moderadores del aumento del gasto sanitario, lo que señala la importancia del diseño institucional o de buen gobierno de los sistemas sanitarios (Rico, 2009).

Recientemente, una revisión sistemática de determinantes del gasto sanitario (Martín, López del Amo, y Cano, 2010) no aporta evidencia suficiente para considerar el envejecimiento de la población como una variable significativa del gasto sanitario, mostrando los estudios resultados contradictorios. La teoría de la proximidad a la muerte, sí muestra evidencia empírica robusta no exenta de ciertas debilidades metodológicas. Igualmente, los escasos trabajos empíricos que estudian la influencia de la descentralización territorial de la sanidad, no llegan a una solución unívoca, dependiendo el resultado del grado de autonomía y las características institucionales de cada sistema sanitario. Finalmente, los servicios sanitarios se caracterizan en función de su elasticidad renta como un bien de lujo o un bien normal dependiendo de la aproximación empleada y el nivel de agregación del análisis.

Específicamente centrados en España, se han identificado cinco estudios recientes que analizan los determinantes del gasto sanitario. Dos de estos estudios analizan las causas del crecimiento del gasto en los países de la OCDE (Kotlikoff y Hagist, 2005; Oliveira Martins y de la Maisonneuve, 2005), mientras los otros tres son específicos de España (Puig-juny, Castellano y Planas, 2004; Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario —GTAGS—, 2005; Costa-Font y Pons-Novell, 2007). Una conclusión común de los trabajos es la escasa influencia del envejecimiento en el aumento del gasto por persona, inferior a 10 euros de cada 100 de incremento real del gasto, y la correlativa influencia de otros factores más dependientes de la gestión, como los precios relativos de los *inputs*, el cambio tecnológico, las nuevas prestaciones, la mayor utilización de servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico (Puig-Junoy, 2007). El trabajo de Costa-Font y Pons-Novell (2007) centrado en el proceso de descentralización territorial de la sanidad concluye que el desarrollo de la descentralización política y fiscal en un contexto de competencia interjurisdiccional tiende a incrementar el gasto.

3. Demografía, desigualdad y salud en Andalucía

El total de población en 2009 de Andalucía era de 8.150.461 según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE). Los mayores de 65 años representan el 14,59 %, de los cuales el 3,60 % tiene 80 o más años. Los menores de 14 años representan el 16,2 % de la población andaluza. La población extranjera representaba en 2009 el 7,5 %. Según el padrón de 2007 en

Andalucía residían 531.827 extranjeros, el 12,67 % del total de nuestro país, siendo la cuarta Comunidad Autónoma por magnitud de población extranjera tras Cataluña (860.575), Madrid (712.011) y Valencia (517.011).

El trabajo de proyección de la población de Andalucía para el periodo 2009-2070, efectuado por el Instituto de Estadística de Andalucía supone en todos los escenarios considerados un crecimiento de la población a corto plazo, si bien a ritmos más moderados que en décadas anteriores. Incluso manteniendo constantes el número de inmigrantes, la tasa de fecundidad y la duración de la vida, la población crecería hasta 8.314.648 habitantes en el año 2018. Las proyecciones demográficas a más largo plazo, muestran mayor grado de dispersión en función de las hipótesis consideradas. En el escenario demográfico alto la población seguiría creciendo hasta el 2070 (9.608.000 habitantes). En el escenario medio, la tasa de crecimiento poblacional sería del 4,57 % en el periodo 2009-20, 3,28 % en el periodo 2020-35, y se volvería regresiva -6,39 % en el periodo 2035-2070 alcanzando los 8.240.000 habitantes. En el escenario bajo, las tasas de crecimiento serían 2,93 % (2009-20), -0,15 % (2020-2035), y -15,52 % (2035-2070) situando la población en 7.076.000.

El colectivo de mayores de 65 años crece de forma importante en todos los escenarios considerados, dibujando un creciente envejecimiento poblacional. La población mayor de 65 años representará en 2035 entre el 23,4 % y el 24,4 % según el escenario considerado. La relación entre jubilados y población potencialmente activa pasará de los 4,6 adultos por cada persona mayor de 65 en 2008 a 2,35 en 2035, y continuará cayendo hasta situarse ligeramente por encima de dos adultos por cada persona mayor de 65 años. Estas



proyecciones son muy dependientes de la inmigración proyectada que puede representar entre un 9,2 % y un 11,3 % de la población andaluza en el año 2035, según el escenario considerado.

Bajo la hipótesis de no compresión de la morbilidad a edades más avanzadas, este envejecimiento poblacional se puede traducir en un incremento de las enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión. Por otro lado, las causas de muerte más importantes, como las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, van reduciendo su tasa de mortalidad pero no su incidencia, que van en aumento, lo que implica un mayor número de personas mayoritariamente ancianas, que precisan de atención sanitaria y social.

En la actualidad, la longevidad media de la población andaluza es de 75,75 años para hombres y de 82,81 para mujeres, inferiores en más de un año a la longevidad media española: 76,96 años y 83,84 respectivamente. La esperanza de vida a los 65 años alcanza como promedio casi 21 años entre las mujeres y 16 años en los varones, hecho conocido como “envejecimiento del envejecimiento”, un fenómeno eminentemente femenino.

Los principales problemas de salud, en la carga de enfermedad en Andalucía son las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, las del sistema circulatorio y los tumores, que suponen el 27 %, 22 % y 17 % respectivamente⁴. El 34,47 % de la carga

de enfermedad se concentra en el grupo de 75 años y más, y el 84 % en las personas de 45 o más años, que representan el 46 % de la población.

Por término medio, en Andalucía, los hombres viven 7,9 años en situación de dependencia y las mujeres 12,1 años. Así pues, las mujeres viven en promedio más años, pero una parte importante de estos años la viven en situación de discapacidad (Documentos de trabajo del IV Plan Andaluz de Salud, 2010).

En las últimas décadas no parece haberse producido un proceso de convergencia en salud en el conjunto del Estado Español (Montero, Jiménez y Martín, 2006). La evidencia disponible muestra una clara sobre-mortalidad de Andalucía respecto a la media (Navarro y Benach 1996; Benach y Yasui 1999; Ruiz-Ramos y Viviana-Fernández 2004). Según el Primer informe sobre desigualdades y salud de Andalucía (2008) la desigualdad económica entre CCAA tiene un claro reflejo en indicadores en salud entre Andalucía y otras CCAA con mayor nivel de desarrollo económico. Andalucía lleva un retraso de 6 años en el proceso de mejora de la esperanza de vida con respecto a la media española. Este retraso también se manifiesta en la calidad de vida de los andaluces, con peor estado de salud y con más discapacidades que la media española, particularmente la población mayor de 65 años, y entre ésta las mujeres.

Según el informe de salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (2005) en el año 2000, la esperanza de vida

[4] La carga de enfermedad medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), es el valor actual de los futuros años de vida libres de incapacidad, que se pierden o se ganan a causa de muerte prematura o de incapacidad en un año determinado. Los AVAD de una enfermedad o lesión, son el resulta-

do de sumar los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años de vida vividos con mala salud o discapacidad (AVD). Miden por tanto, la diferencia entre el nivel de salud real de una población y un ideal hipotético.

libre de incapacidad (EVLI)⁵ al nacer en España era 70,7 años ocupando Murcia con 67,7 años y Andalucía con 67,9 años las últimas posiciones entre las CCAA. La esperanza de vida en buena salud (EVBS)⁶ era para España en el año 2002 de 55,1 años. Andalucía también ocupa uno de los últimos lugares, con 51,1 años únicamente por delante de Canarias (47,5 años), Galicia (48,6 años) y Asturias (50,9 años). Conviene no obstante señalar, como lo hacen los documentos de trabajo del IV Plan Andaluz de Salud, la constante y continuada mejora que han experimentado la mayor parte de los indicadores de resultados en salud desde 1990.

En España los indicadores de morbilidad siguen un patrón de desigualdad Noreste-Suroeste. El Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (Benach *et al.*, 2001) establece con claridad un gradiente acusado norte-sur para la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en España con el 34 % de los fallecimientos en el año 2002. Andalucía en ese año tuvo una mortalidad un 25 % superior a la de España, únicamente inferior a la de Canarias con un 40 % de mortalidad superior a la de España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Aunque de menor importancia en términos absolutos, la mortalidad por diabetes mellitus sigue también un claro

patrón norte-sur que tiene en Canarias y Andalucía las CCAA con mayor mortalidad (un 73 % y un 51 % superior respectivamente a la media de España).

Existe también un gradiente social en salud en Andalucía. Un 77,8 % de la población andaluza percibe su salud como excelente, muy buena o buena, mientras que el 18,1 % la percibe como regular y el 4,2 % como mala. Las personas con mayores niveles de ingresos o de estudios, independientemente de su sexo, refieren que tienen una mejor salud que las ubicadas en los niveles más bajos. También existe sesgo de género, dado que las mujeres casi duplican a los hombres en su mala percepción de salud. La mala percepción de salud está correlacionada con la edad sobre todo a partir de los 65 y sobre todo los 75 años. La salud deficiente está correlacionada con el desempleo (18,8 %) y la precariedad laboral (14,6 %) en los hombres, mientras en las mujeres la peor salud se da entre las que trabajan por cuenta propia o no son asalariadas (21,9 %), seguidas de las que trabajan sin contrato de trabajo (18,6 %). También existe evidencia del gradiente social en salud en la prevalencia de los principales factores de riesgo asociados a las principales causas de morbimortalidad. En general, la hipertensión, tabaquismo, sobrepeso y obesidad, colesterol y hábitos y estilos de vida relacionados, como el ejercicio físico o el consumo regular de frutas y verduras están relacionados con el nivel de renta o de estudios. La prevalencia de los factores de riesgo es más elevada entre jubilados, en amas de casa y personas que tienen una incapacidad o invalidez permanente (Primer informe sobre desigualdades y salud de Andalucía, 2008; Documentos del IV Plan Andaluz de Salud, 2010).

[5] La EVLI a una edad x indica el promedio del número de años libres de incapacidad que aún restan por vivir a una persona de esa edad x hasta su fallecimiento.

[6] La EVBS a una determinada edad x representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad hasta su fallecimiento. La diferencia con la EVLI es que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva que los sujetos tienen de su estado de salud, en lugar de ponderarlos por la incapacidad.



4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía

El sistema sanitario español surge históricamente a mediados del siglo pasado inspirado en los modelos continentales europeos de Seguridad Social, aunque a diferencia de ellos crea una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario. El INSALUD, creado en 1978 como un órgano gestor de la Seguridad Social acogió esta estructura de oferta configurándose como una gran organización burocrática integrada verticalmente. Con anterioridad a la Ley General de Salud (1986), Andalucía recibió en 1984 el traspaso de competencias sanitarias⁷ manteniendo algunos de los rasgos burocráticos y organizativos del INSALUD, particularmente en el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En las últimas décadas, el SSPA ha ampliado notablemente su estructura de oferta, a la vez que diversificaba las fórmulas jurídicas de gestión de los centros sanitarios creando empresas públicas sanitarias (Martín y López Del Amo, 2007). Según la Memoria estadística de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2007), en el momento actual el SSPA cuenta con 1.502 Centros de Atención Primaria⁸ y un importante número de dispositivos de apoyo⁹.

[7] Proceso iniciado en 1981 con Cataluña y que ha culminado en el año 2002 con la generalización de las mismas a todas las CCAA.

[8] 387 Centros de salud, 700 Consultorios locales, y 415 Consultorios auxiliares.

[9] Equipos de salud mental 72, Unidades radiológicas 129, Salas de rehabilitación/fisioterapia 191, Unidades móviles

de fisioterapia 46, Gabinetes odontológicos 195, Unidades de ecografía 52, Unidades de retinografía 72, Unidades de exploración mamaria en todos los distritos. Dispositivos de cuidados críticos y urgencias 383, Unidades móviles de urgencias 88.

En relación a la atención especializada, el SAS cuenta con 29 hospitales, a los que hay que agregar, 3 hospitales constituidos como empresas públicas, un consorcio hospitalario, y 8 hospitales de alta resolución (CHARE) que forman parte de las empresas públicas sanitarias¹⁰. Así mismo se ha producido un notable crecimiento del número de unidades de transporte sanitario urgente y de pacientes críticos, pasando las primeras de 226 en el año 2002 a 415 en el año 2007 y las segundas de 10 en el año 2002 a 27 en 2007. También ha existido un notable esfuerzo relativo a la Salud Mental reflejado en la existencia de 21 unidades de hospitalización de agudos, 13 unidades de salud infantil-juvenil, 9 hospitales de día y 13 comunidades terapéuticas.

En dotación de alta tecnología médica, Andalucía es una de las cuatro CCAA, junto con Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid que más recursos concentra, habiendo realizado en los últimos años un esfuerzo inversor considerable. Por ejemplo, el Parque de aceleradores lineales ha pasado de 9 en el año 2002 a 20 en 2007, lo mismo puede decirse de las gammacameras (de 25 a 31), equipos de radiología vascular (de 14 a 20), reso-

de fisioterapia 46, Gabinetes odontológicos 195, Unidades de ecografía 52, Unidades de retinografía 72, Unidades de exploración mamaria en todos los distritos. Dispositivos de cuidados críticos y urgencias 383, Unidades móviles de urgencias 88.

[10] La oferta de camas públicas ha disminuido en el período 2001 a 2004 pasando de una tasa de 2,90 en el año 2001 a 2,64 en 2004 a nivel estatal. Sin embargo la oferta de camas privadas se ha mantenido constante en este período, siendo de 1,05 en ambos años. Andalucía en este período se sitúa por debajo de la media nacional tanto en oferta de camas públicas como privadas. La oferta de camas públicas en 2004 para Andalucía fue de 2,22, mientras que la media se situó en 2,64. Y respecto a las camas privadas, Andalucía mostró tasas de 0,69 frente a 1,05 de la media nacional para el 2004.

nancias magnéticas (de 7 a 20), salas de hemodinámica (de 17 a 21) y TAC (de 49 a 55) en el mismo periodo.

Esta importante expansión de la oferta sanitaria se ha traducido en un aumento de los recursos humanos del SSPA, que ha pasado de 75.870 trabajadores en el año 2002 a 86.541 en el año 2007, un incremento superior al 14 %, con una mayor concentración en atención primaria, que ha incrementado sus recursos humanos de 17.134 en el año 2002 a 20.810 en el año 2007 (21,45 % de incremento), mientras atención especializada ha pasado de 58.736 trabajadores a 65.731 en el mismo periodo (11,91 % de incremento).

Difícilmente se va a poder continuar esta política expansiva, al menos a corto y medio plazo, dadas las fuertes medidas de consolidación fiscal que tanto el Estado como las CCAA están obligadas a realizar en un entorno económico y financiero particularmente adverso.

Este notable incremento de la oferta de servicios se ha traducido en un aumento importante de la actividad asistencial con algunas excepciones. En Atención Primaria el número de consultas de medicina de familia por ciudadano se mantiene en 2007 a niveles similares al año 2002, por encima de 6 al año, sin embargo se ha producido un crecimiento superior al 14 % de las consultas pediátricas, quizás explicables por el aumento poblacional en esos rangos de edad. Por otro lado la apertura de nuevos dispositivos de rehabilitación y fisioterapia se ha reflejado en un aumento superior al medio millón de sesiones (un 80 % más) en el periodo 2002-2007.

En Atención Especializada, en el periodo 2002-2007, se ha producido un ligero descenso de los ingresos (de

596.745 a 595.852) y las estancias (de 4.498.682 a 4.359.022) paralelo a un incremento del número de consultas hospitalarias en casi medio millón (un incremento del 4,67 %) y las intervenciones quirúrgicas ambulatorias en más de 26 mil (9 % de incremento).

La atención urgente ha mostrado un fuerte incremento en el periodo 2002-2007, partiendo de cifras ya de por sí elevadas, en parte explicadas por la mejora de la accesibilidad derivada del aumento de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias en Atención Primaria y hospitales. En atención primaria el incremento ha sido superior al 20 % de las urgencias atendidas, 950.000 más en el año 2007. Las urgencias hospitalarias se han incrementado en un 12,76 %, más de 400 mil en el periodo considerado. Las intervenciones quirúrgicas han pasado de 80.640 en el año 2002 a 83.315 en 2007.

La importancia que el SSPA ha dado a la Atención en Salud Mental también se refleja en su actividad. Por ejemplo, las Unidades de salud mental infantil-juvenil han triplicado las consultas realizadas, al pasar de 43 mil en 2002 a más de 130 mil en el año 2007.

Los usuarios del SSPA muestran un elevado nivel de satisfacción con la atención recibida. En el año 2008 el 93,6 % de los usuarios recomendarían a su médico de familia y pediatra y el 91,1 % su centro de salud. En atención especializada un 90,9 % de los pacientes recomendaría su centro hospitalario a un familiar o amigo y un 86,4 % recomendaría su especialista de consultas externas.

Andalucía muestra patrones de utilización sanitaria que reflejan la influencia negativa de las desigualdades sociales en el acceso, particularmente en servicios preventi-



vos, como salud bucodental, consulta ginecológica para revisiones periódicas y pruebas de detección precoz del cáncer, en las que las personas con mayor nivel educativo y menor dificultad económica realizan un mayor consumo. Sin embargo, no se han encontrado patrones de desigualdad en hospitalización, urgencias, consumo de medicamentos, y consulta médica, que son más utilizados por las personas de menor nivel educativo, lo que sugiere la capacidad del SSPA para corregir desigualdades sociales en el acceso a los servicios (Primer Informe sobre Desigualdades y Salud de Andalucía, 2008).

La política sanitaria andaluza ha sido extraordinariamente activa en garantizar y ampliar las prestaciones sanitarias: las garantías para procesos quirúrgicos y consultas externas¹¹, los medicamentos gratis para niños y niñas menores de un año, el examen de salud para mayores de 65 años, la atención bucodental infantil entre 6 y 15 años o la Ley de derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de la muerte son ejemplos ilustrativos.

5. Necesidades de gasto sanitario en Andalucía

El gasto sanitario público de las CCAA se incrementó en el periodo 1999-2005 a una tasa media anual del 8,94 % superior al crecimiento del PIB nominal, Andalucía con una tasa media anual del 8,36 % tuvo un crecimiento inferior a la media. Este gasto supone el 5,05 % del

[11] 180 y 120 días para 700 y 71 procesos quirúrgicos respectivamente, 60 días para la primera consulta de especialista y 30 días para las pruebas diagnósticas.

PIB de media en 2005, mientras que para Andalucía es el 6,01 % de su PIB regional, casi medio punto más. Para el mismo año el gasto sanitario del conjunto de las CCAA suponía un 34,26 % del gasto público total en el conjunto de las CCAA, cifra similar al 34,36 % que supone para Andalucía el gasto sanitario público sobre el gasto público total de la Comunidad. Esta cifra supone una reducción de más de un 3,5 % sobre el porcentaje del gasto sanitario público en relación al gasto público total de la comunidad en 1999, un 37,78 (Instituto de Estudios Fiscales. Informe para el análisis del gasto sanitario (IAGS), 2007).

Entre 1999 y 2005, el gasto medio por persona protegida ha tenido un crecimiento anual medio del 7,16 % con un rango entre comunidades del 5,41 % (Navarra) al 10,55 % (Baleares). Andalucía ha experimentado en el mismo periodo un crecimiento anual medio del 6,99 %, ligeramente inferior a la media. El gasto por persona protegida para el conjunto de las CCAA se ha incrementado de 721 € en 1999 a 1.091 € en 2005. Andalucía en el mismo periodo, ha pasado de 680 € a 1.020 €, siempre por debajo de la media. Concretamente en 2005 los 1020 € de Andalucía suponen el mínimo de la distribución de las CCAA (Instituto de Estudios Fiscales. Informe para el análisis del gasto sanitario (IAGS), 2007).

La crisis económica iniciada en el año 2007 ha tenido una importante repercusión en los presupuestos sanitarios de las CCAA y correlativamente en el gasto sanitario por persona protegida. Todavía durante el ejercicio 2008 el porcentaje de crecimiento de los presupuestos iniciales sanitarios del conjunto de las CCAA fue del 7,99 % sobre el año anterior, reduciéndose progresivamente al 4,15 % (09/08) y a sólo 1,32 % para el

ejercicio 2010, lo que supone un total de recursos de 59.838.140 €. En Andalucía, la crisis ha tenido un mayor impacto contractivo en los presupuestos iniciales aprobados, pasando de una tasa de crecimiento del 9,57 % superior a la media (7,99 %) para el ejercicio 2008, a tasas del 2,73 % (09/08) y a un crecimiento prácticamente nulo para 2010 (0,01), con un volumen total de recursos de 9.827.380 €, que suponen un 16,45 % del total del presupuesto sanitario del conjunto de las CCAA. Los presupuestos por persona protegida para el conjunto de las CCAA han pasado de 1.152,15 € en el año 2007 a 1.279,14 € en 2010, con tasas interanuales de crecimiento de 6,05 % (08/07), 3,24 % (09/08) y 1,40 % (10/09). Andalucía ha pasado de 1.096,82 € por persona protegida en el año 2007 a 1.182,65 € en el año 2010, con tasas interanuales de crecimiento de 6,77 % (08/07) 1,50 % (09/09) y -0,59 % (10/09) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

Dada la fuerte inercia del gasto sanitario a crecer por encima del crecimiento nominal del PIB, es previsible que se estén acumulando gastos que no se reflejan en los presupuestos sanitarios dando lugar a gastos sanitarios devengados y no reconocidos, cuyo importe global y desagregado para cada CA se desconoce. Este “déficit sanitario” ha sido una constante en las últimas décadas, dando lugar periódicamente a operaciones extraordinarias de saneamiento del déficit acumulado por las CCAA por parte del gobierno central (Montero, Jiménez, y Martín, 2007; Martín, 2007).

Varios estudios han llevado a cabo proyecciones del gasto sanitario público para España en las próximas décadas (Puig-Junoy, Castellanos y Planas, 2004; Puig-Junoy, Planas y Tur, 2005; Ahn, García y Herce, 2005;

Kotlikoff y Hagist, 2005; Oliveira Martins y la Maison-neuve C., 2005; European Commission, 2006).

Con excepción de los estudios de Puig-Junoy, Castellanos y Planas (2004) y Puig-Junoy, Planas y Tur (2005) el resto realizan proyecciones a largo plazo iguales o superiores al año 2050. Los cuatro primeros utilizan el método tradicional de proyección del impacto del envejecimiento en el gasto futuro, suponiendo constantes las cifras actuales del gasto medio por persona lo que sobreestima el efecto del envejecimiento demográfico al menos en un 20 % (Seshamani y Gray, 2004; Breyer y Felder, 2006) al no considerar la hipótesis de la cercanía de la muerte.

Los trabajos de Oliveira Martins y la Maisonneuve (2005) y la Comisión Europea (2006) sí utilizan una aproximación al método del coste de la muerte, posponiendo el inicio de la morbilidad en el mismo número de años de vida que se han ganado. Según sus estimaciones, el gasto sanitario puede suponer entre el 7,8 y el 9,6 % del PIB (Oliveira Martins y la Maisonneuve, 2005), o entre el 7,7 % y el 8,4 % del PIB (CE, 2006) en el año 2050, lo que supone un incremento del porcentaje del PIB en un rango entre 1,6 % y 3,5 % puntos en el periodo 2004-2050.

A pesar de las diferencias metodológicas entre estos estudios, es posible extraer algunas conclusiones. En primer lugar, el crecimiento del gasto sanitario público derivado del impacto demográfico (aumento de la población y envejecimiento) será con una alta probabilidad, inferior al crecimiento del PIB, y en todo caso sostenible a unas tasas moderadas de crecimiento del PIB, y en segundo lugar, el aumento de la proporción del PIB destinado a la financiación sanitaria depende del ritmo



de aumento de factores endógenos, como el nivel e intensidad de las prestaciones sanitarias. La intensidad de tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores será una de las principales causas del crecimiento del gasto sanitario público (Rico e Infante, 2004).

Puig-Junoy, Planas y Tur (2005), proyectan el gasto sanitario para el conjunto de las CCAA para el periodo 2004-2017. Según estos autores, el impacto demográfico esperado es muy heterogéneo entre CCAA. En el escenario demográfico más expansivo, la mediana del aumento acumulado del gasto real se sitúa en el 19 %, correspondiendo un 12,3 % al aumento de la población y un 5,9 % al envejecimiento poblacional. Andalucía con un incremento de gasto acumulado del 19,4 % (11,5 % variación poblacional y 7,1 % envejecimiento), se sitúa a niveles superiores, aunque claramente alejado del mínimo correspondiente a Asturias con un 3,9 %, y el máximo de Baleares con un 34,8 %. El escenario demográfico menos expansivo, no altera significativamente estos resultados, la mediana del aumento acumulado del gasto real se sitúa en el 15,7 %, frente al 17 % de Andalucía (8,9 % incremento poblacional y 7,5 % envejecimiento).

Sánchez y Sánchez (2010), han estimado las necesidades de gasto sanitario público a nivel regional considerando exclusivamente efectos demográficos para el periodo 2005-2017. Los autores proyectan para un escenario sin migraciones una tasa de variación del gasto sanitario público de Andalucía en un 10,0 % durante el periodo considerado, y de un 24,9 % bajo la hipótesis de un flujo migratorio igual al acaecido en los primeros años de la década actual, supuesto que los propios autores consideran poco probable. En cualquiera de los

dos escenarios considerados, Andalucía muestra tasas de crecimiento entre las más elevadas de las CCAA. Estos escenarios extremos se completan con otros dos intermedios elaborados a partir de las proyecciones del INE con distintas hipótesis sobre el flujo migratorio. Las tasas de crecimiento del gasto sanitario público oscilan entre 13,4 % y 15,7 % según el escenario considerado. Bajo la hipótesis de un crecimiento nulo en términos reales del PIB per cápita e igual para todas las CCAA, el gasto sanitario público respecto del PIB (“Esfuerzo sanitario”) representaría en Andalucía, en el año 2017 valores comprendidos entre 6,35 % y 6,53 % según consideremos o no flujos migratorios. Estos porcentajes son claramente superiores a la media nacional comprendida entre 5,26 % y 5,46 %.

Casado, Puig-Junoy y Puig (2010) también evalúan el impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA. Los autores utilizan dos escenarios demográficos del INE¹² (Escenario I y II) a partir del Censo de 2001 para el periodo 2005-2016, tres escenarios de proyección del gasto, y cuatro componentes del mismo (gasto hospitalario, gasto farmacéutico, gasto en atención primaria y otros gastos) que generan 24 escenarios de gasto sanitario para cada CCAA. El primer escenario (escenario *naïve*) aplica perfiles individuales de gasto por persona y grupo de edad y sexo a la composición etaria de la población en cada uno de los años futuros, suponiendo por tanto que el perfil de gasto según edad se mantiene en el tiempo. El segundo escenario se ajusta por los costes de la muerte mediante el ajuste de los

[12] Las principales diferencias entre los dos escenarios son que en el primero se ha supuesto una menor mortalidad a edades avanzadas, un mayor número de nacimientos y mayores entradas de extranjeros.

Tasa anual acumulativa del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas en el período 2005-2016

Comunidad Autónoma	Escenario demográfico I					Escenario demográfico II				
	Modelo 1			Mod. 2	Mod. 3	Modelo 1			Mod. 2	Mod. 3
	GT	CO	EN			GT	CO	EN		
Andalucía	1,6	0,8	0,7	1,3	1,4	1,4	0,6	0,8	1,2	1,2
Aragón	0,8	0,5	0,4	0,7	0,7	0,6	0,2	0,5	0,5	0,5
Asturias	0,4	-0,3	0,8	0,3	0,3	0,3	-0,4	0,8	0,2	0,2
Islas Baleares	2,4	1,8	0,5	2,2	2,2	1,9	1,2	0,7	1,8	1,8
Islas Canarias	2,3	1,3	1,0	2,1	2,1	2,1	0,9	1,1	1,8	1,9
Cantabria	1,2	0,6	0,6	1,0	1,0	1,0	0,5	0,6	0,9	0,9
Castilla y León	0,4	-0,1	0,6	0,3	0,3	0,3	-0,3	0,6	0,2	0,2
Castilla - La Mancha	1,4	1,2	0,2	1,2	1,2	1,2	0,9	0,3	1,0	1,0
Cataluña	1,7	1,2	0,5	1,6	1,5	1,4	0,7	0,6	1,2	1,2
Comunidad Valenciana	2,0	1,6	0,4	1,8	1,8	1,7	1,1	0,6	1,5	1,5
Extremadura	0,6	0,1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	0,5	0,4	0,4
Galicia	0,7	-0,1	0,7	0,5	0,5	0,5	-0,2	0,8	0,4	0,4
Comunidad de Madrid	2,1	1,2	0,8	1,9	1,8	1,7	0,7	1,0	1,5	1,5
Región de Murcia	2,1	1,6	0,5	1,9	1,9	1,8	1,1	0,7	1,5	1,6
Navarra	1,4	0,9	0,5	1,3	1,3	1,2	0,6	0,6	1,1	1,1
País Vasco	1,0	0,0	1,0	0,9	0,9	1,0	0,0	1,0	0,8	0,8
La Rioja	1,5	1,2	0,3	1,4	1,3	1,2	0,7	0,5	1,1	1,1
MEDIA	1,39	0,80	0,60	1,22	1,21	1,16	0,49	0,68	0,99	1,01

GT: Variación del Gasto total

CO: Efecto Cobertura (variación de la población total)

EN: Efecto Envejecimiento (cambios en la estructura etaria de la población)

Fuente: Puig-Junoy J, Puig R. y Casado D (Coordinador). El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA. Pfizer. 2009: 78.

perfiles individuales de gasto según se trate de individuos que sobreviven o que mueren cada año. El tercer escenario, incorpora la potencial utilización diferencial de los servicios entre la población autóctona e inmigrante, al ajuste relacionado con el coste de la muerte.

En la tabla se resumen de los resultados de las proyecciones obtenidas con los diversos escenarios para cada una de las CCAA, empleando como variable de resultado la tasa anual acumulativa de crecimiento del

gasto real total a causa del impacto demográfico. En el caso del modelo 1, la tasa de crecimiento anual se descompone en dos factores: el crecimiento del gasto atribuible a la variación en el número de personas cubiertas (efecto cobertura) y el crecimiento del gasto atribuible a los cambios en la estructura de edades de la población (efecto envejecimiento).

Como se observa, aunque existe una notable heterogeneidad entre las CCAA en la tasa anual acumulativa



del gasto sanitario público, siempre son mayores en el escenario demográfico I y en el modelo *naïve* (modelo 1), de forma que el ajuste por el coste de la muerte supone una ligera reducción en el impacto esperado sobre el crecimiento del gasto (modelo 2), mientras que el ajuste adicional por la inmigración (modelo 3) apenas incorpora cambios. Para Andalucía presenta valores de 1,6 %; 1,3 % y 1,4 % en el escenario demográfico I que supone unas tasas acumuladas en el periodo de 18,5 %; 15,7 % y 16,1 %. Cifras ligeramente inferiores (1,4 %; 1,2 %; 1,2 %) se obtienen en el escenario demográfico II. En todos los casos las tasas de crecimiento son superiores a los valores medios que oscilan entre el 1,21 % y el 1,39 % en el caso del escenario demográfico I, y entre el 0,99 % y el 1,16 % en el caso del escenario demográfico II.

El impacto demográfico sobre el gasto sanitario público puede descomponerse en el efecto cobertura y el efecto envejecimiento. El primero sería responsable para Andalucía (modelo *naïve*, escenario I) de un 0,8 %, igual a la media, mientras el segundo del 0,7 % restante ligeramente superior a la media (0,6 %). Cifras que se modifican ligeramente en el escenario II (0,6 % y 0,8 %). Estas cifras sitúan Andalucía entre las CCAA con un impacto elevado del efecto envejecimiento.

Para el modelo II que ajusta por el coste de la muerte, las tasas de crecimiento anual esperadas del gasto para Andalucía son 1,3 % (escenario I) y 1,2 % (escenario II) superiores a las medias, con valores de 1,22 y 0,99 respectivamente, suponiendo unos crecimientos acumulados para Andalucía del 15,7 % (escenario I) y 13,9 % (escenario II). Estos resultados ubican a la Comunidad Autónoma, en el grupo de ocho CCAA con un impac-

to demográfico elevado (tasas de crecimiento anuales comprendidas entre más de un 1 % y menos de 2 %).

Si se supone que las tasas de crecimiento del gasto sanitario crecen en el periodo 2005-2016 de la misma forma que durante el periodo 1999-2005, es posible estimar la proporción del aumento del gasto sanitario hasta el año 2016 atribuible al impacto demográfico. En Andalucía el impacto demográfico absorbería un 26,7 % del incremento del gasto sanitario total. Un impacto considerable que sitúa a la CA en el grupo de 7 CCAA con impacto demográfico sobre el gasto sanitario más acusado¹³.

Según este escenario, un 77,3 % del incremento presupuestario quedaría disponible para afrontar los otros factores causantes del crecimiento del gasto sanitario como la incorporación de nuevas tecnologías, ampliación de la cartera de servicios y prestaciones, incremento del precio de los *inputs*, etc.

Estos escenarios no tienen en cuenta la profunda crisis económica actual y las políticas de consolidación fiscal que se están produciendo, y que continuarán los próximos años. Las recientes medidas, aprobadas tanto por el Gobierno central como por el gobierno andaluz, implicarán probablemente un crecimiento nulo o incluso negativo del gasto sanitario público en los próximos años. Esta situación va a someter a considerables tensiones al SSPA y al riesgo de un deterioro claro de la oferta de servicios sanitarios públicos.

[13] Madrid (35,0 %), Navarra (34,2 %), Canarias (33,8 %), C. Valenciana (30,3 %), Cataluña (29,5 %), y Murcia (25,6 %).

6. Conclusiones

Los estudios disponibles señalan a Andalucía como una región donde el impacto demográfico sobre el crecimiento del gasto sanitario en los próximos años va a ser elevado, siendo ligeramente más importante en el corto plazo el aumento poblacional que el efecto envejecimiento. Para escenarios demográficos futuros más dilatados (2050), el envejecimiento poblacional ganará importancia dada la regresión demográfica a la que se ve abocada la Comunidad. El efecto del envejecimiento sobre el gasto sanitario disminuye si la hipótesis de cercanía de la muerte se cumple en la población andaluza, y se produce una compresión de la morbilidad paralela a la mejora de la esperanza de vida. Una parte importante de la evidencia empírica a nivel internacional y nacional abona esta hipótesis, sin embargo algunos datos relativos a la incidencia de las enfermedades cardiovasculares o el cáncer no apuntan en esa dirección en Andalucía. La inmigración en el corto plazo no ejerce un impacto apreciable en el incremento del gasto sanitario público total a tenor de los estudios publicados.

El impacto demográfico total absorbería en torno al 27 % del crecimiento total del gasto sanitario en el periodo 2005-2016, bajo la hipótesis de crecimientos del gasto sanitario iguales al periodo 1999-2005, quedando un 73 % para afrontar los factores endógenos del crecimiento del gasto, como las políticas de recursos humanos y materiales, y la incorporación de nuevas tecnologías y prestaciones.

Lamentablemente, no son previsibles tasas de crecimiento del gasto sanitario público iguales al periodo 1999-2005. Como se observa en la evolución de los

presupuestos iniciales sanitarios del periodo 2007-2010 la tasa de crecimiento anual del presupuesto sanitario para Andalucía se ha ido reduciendo progresivamente hasta hacerse prácticamente nulo en 2010. No es previsible que en los próximos años las tasas de crecimiento del gasto sanitario público sean sustantivas, dado los duros programas de consolidación fiscal al que están obligados tanto el Estado como la Comunidad Andaluza y la incertidumbre sobre el riesgo de un dilatado periodo de estancamiento económico, sin incrementos sustanciales de ingresos tributarios. En este contexto son probables fuertes tensiones en el SSPA para atender las demandas de servicios sanitarios al mismo nivel que en la actualidad.

Durante los pasados años, Andalucía ha mantenido tasas de crecimiento del gasto sanitario público ligeramente inferiores a la media nacional y un gasto por persona protegida inferior a la media: 1020 € frente a 1091 € para el conjunto de las CCAA en 2005. Sin embargo, ha sido posible desarrollar una importante política de expansión de oferta sanitaria, inversión en alta tecnología y ampliación de prestaciones sanitarias que se ha traducido en un notable aumento en conjunto de la actividad asistencial. No va a ser posible en los próximos años mantener esta estrategia expansiva.

El envejecimiento poblacional y el predominio de las enfermedades crónicas que van a caracterizar las necesidades sanitarias de Andalucía requieren modificar el diseño institucional y organizativo del SSPA, estructurado históricamente para responder a patologías agudas. Se debe diseñar un Plan Estratégico que reoriente los servicios sanitarios para dar respuesta a problemas de enfermedad que permanecen en el tiempo y en el que la atención hospitalaria sólo puede jugar un papel limi-



tado, al menos en su forma convencional. Es necesario desarrollar mecanismos de coordinación e incluso integración con los servicios socio-sanitarios. Debe reforzarse el papel de la atención primaria como puerta de acceso al sistema sanitario, potenciando la autonomía de los profesionales sanitarios de este nivel, e impulsando la creación de sociedades profesionales sanitarias independientes como es predominante en Europa. La evidencia señala que una atención primaria central en el diseño institucional del sistema sanitario está relacionada con menor gasto sanitario, una mejor incorporación y utilización de la alta tecnología, y una mejor atención a las necesidades poblacionales (Rico, 2009).

Sería conveniente afrontar las necesidades sanitarias de la población andaluza y española, en un contexto de incertidumbre, crisis económica, y fuertes políticas de contención del gasto con una política de reformas del SSPA, que permitiera mejorar de forma sustantiva los niveles de eficiencia y buen gobierno del sistema (Ortún, 2009; Martín, 2010).

Como elementos de estas reformas podrían mencionarse: La creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías, inspirada en el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) inglés para protocolizar la atención sanitaria mediante guías clínicas a nivel nacional, y gestionar la incorporación de tecnologías; una política estratégica de recursos humanos a nivel estatal que junto a un pacto de rentas, proponga un nuevo escenario para la formación, selección y retribución de médicos y otros profesionales de la sanidad, en el que el profesionalismo y la vocación sustituyan al excesivo énfasis que hasta ahora se ha puesto en las recompensas exclusivamente monetarias; la creación de una Agencia de Información Estatal con personalidad

jurídica propia y participación de las CCAA y el Ministerio de Sanidad y Consumo para disponer de información que permita tomar decisiones basadas en la evidencia; o evolucionar desde una estrategia de oferta centrada en procesos a otra concebida en términos poblacionales, más coherente con el predominio de las enfermedades crónicas.

Un elemento clave en la estimación de las necesidades sanitarias, es la prioridad otorgada a la identificación y corrección de las desigualdades en salud, una cuestión esencialmente normativa y de ética pública. Andalucía muestra un claro gradiente social en salud, como pone de manifiesto el informe sobre desigualdad y salud de Andalucía (2008) y los Documentos de trabajo del VI Plan Andaluz de Salud (2010). Las dificultades presupuestarias actuales y futuras pueden hacer peligrar las políticas desarrolladas en este sentido, que exigen un planteamiento transversal que afecte a todas las políticas públicas y no sólo a las sanitarias.

A pesar del importante desarrollo económico y social experimentado por Andalucía en las décadas anteriores, la región sigue siendo una de las más pobres del conjunto del Estado. La pobreza se paga y explica, al menos parcialmente, los mayores niveles de morbi-mortalidad, la menor esperanza de vida, y los peores indicadores en calidad de vida y discapacidad. En la medida en que la corrección de las desigualdades sociales en salud importe a nivel de Estado, deberían desarrollarse políticas que vayan más allá de su creciente reflejo en los planes de salud, sustantivándose en políticas de financiación territorial. Por ejemplo, mediante la creación de un Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud de carácter estatal, cuyos recursos se utilizarían para financiar políticas de salud orientadas fundamentalmente

a la corrección de desigualdades y a la lucha contra los principales causantes de la morbi-mortalidad en España: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, etc. Se financiaría con recursos fiscales de carácter finalista y sería gestionado por una agencia con personalidad jurídica propia y autonomía en la que estarían representados las CCAA y el Gobierno Central. Esta opción permitiría al Estado intervenir directamente en toda España en función de planes previamente definidos, y recuperar cierto poder de gasto y orientación de políticas como sucede en otros países (Martín y Sánchez, 2006).

Andalucía y España están atravesando una de las mayores crisis de la historia reciente y existe el riesgo no sólo de no avanzar en nuestro proceso de convergencia en salud con España, sino incluso de retroceder, si la crisis económica se alarga en el tiempo, como apuntan las previsiones económicas. Las crisis económicas profundas y de larga duración tienen como resultado el empeoramiento de los indicadores de salud, en particular en los colectivos socialmente más desfavorecidos (Dávila y González, 2009). Podemos asistir a un creciente desajuste entre necesidades sanitarias y posibilidades de crecimiento del gasto sanitario público, al menos a corto plazo. Para mitigar esta situación se debe establecer un plan ambicioso de reforma institucional, que oriente el sistema sanitario en el sentido anteriormente enunciado. Puede ser no obstante insuficiente si no se enmarca en un proceso más amplio de reformas de la políticas públicas a nivel del conjunto del Estado (Martín, 2010). Como recoge Jon Elster en su excelente libro *Uvas amargas*, citando una oración atribuida a los alcohólicos anónimos: ojalá tengamos serenidad para aceptar lo que no podemos cambiar, coraje para cambiar lo que podemos y sabiduría para reconocer la diferencia.



Bibliografía

- Ahn N., García J.R., Herce J.A. Demographic *Uncertainty and Health Care Expenditure in Spain*. Documento de Trabajo de FEDEA. 2005.
- Benach J., Yasui Y. "Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation". *J. Epidemiol Community Health*. 53: 423-31. 1999.
- Benach J., Yasui Y., Borrell C., Rosa E., Pasarin I., Benach N., Español E., Martínez J.M., y Daponte A. *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995)*, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, 2001.
- Blomqvist A., Carter R. "Is Health-Care Really A Luxury?" *Journal of Health Economics*; 16 207-29. 1997.
- Breyer F., Felder S. "Life expectancy and health care expenditure: A new calculation for Germany using the costs of dying". *Health Policy*; 75(2): 178-186. 2006.
- Brown M.C. *Caring for profit: Economic dimension of Canada's health industry*. Fraser Institute, Vancouver, 1987.
- Casado D. "Envejecimiento demográfico y proyecciones de gasto sanitario: lo que nos queda por vivir". *Gestión Clínica y Sanitaria*; 7(3): 106-7. 2005.
- Costa-Font J., Pons-Novell J. "Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System". *Health Economics*; 16(3): 291-306. 2007.
- Culyer A.J. *Cost Containment in Europe. Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris, 1990.
- Dávila C.D., González B. "Crisis económica y salud". *Gaceta Sanitaria*; 23(4): 261-265. 2009.
- Deaton A. Global "Patterns of income and health: facts, interpretations and policies". Cambridge, Massachusetts: *National Bureau of Economic Research*. Working Paper 12735. 2006.
- Documentos de trabajo del IV Plan Andaluz de Salud, 2010.
- Escolar A., Martínez M.D., Daponte A. (eds.). *Primer informe sobre desigualdades en Andalucía*. Asociación para la defensa de la sanidad pública en Andalucía. En: <http://www.fadsp.org>. adsp.andalucia@gmail.com 2008.
- Dybczak K. y Przywara B. "The role of technology in health care expenditure in the EU. European Commission". *Economic Papers* 400. 2010.
- European Commission. Economic Policy and the European Commission. *The impact of ageing on public expenditure: Projections for the UE25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Special report No. 1. 2006.
- Evans R.G., Mcgrail K.M., Morgan S.G., Barer M.L. y Hertzman C. "Apocalypse no. Population aging and the future of health care systems". *Canadian Journal on Aging*; 20 (suppl 1): 160-191. 2001.
- Fogel R.W. *The escape from Unger and premature death, 1700-2100*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004.

Gerdtham U.G., Sogaard J., Andersson F. y Jonsson B. "An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OCDE countries". *Journal of Health Economics*; 11: 63-84. 1992.

Gerdtham U.G. "The impact of aging on health care expenditure in Sweden". *Health Policy*; 24(1): 1-8. 1993.

Getzen T.E. "Population aging and the growth of health expenditures". *The Journals of Gerontology*; 47(3): 98-104. 1992.

Gornemann I., y Zunzunegui M.V. "Incremento de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud". *Gaceta Sanitaria*; 16(2): 156-9. 2002.

Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). Informe. Accesible en: <http://documentacion.meh.es/doc/PortalVarios/FinanciacionTerritorial/Autonomica/IGTGS2005.pdf>.

Hitiris T. y Posnett J. "The determinants and effects of health expenditures in developed countries". *Journal of Health Economics*; 11: 173-181. 1992.

Hitiris T. "Health care expenditure and integration in the countries of the European Union". *Applied Economics*; T 29(1): 1-6. 1997.

Instituto de Estadística de Andalucía. Proyección de la población de Andalucía. 2009-2070.

Instituto de Estudios Fiscales. Informe para el análisis del gasto sanitario (IAGS). Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos. Colección Libros Blancos. 2007.

Kotlikoff L.J., Hagist C. "Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries". *NBER Working Paper*, 11833. Cambridge. 2005.

Leu R. E. "The public-private mix and international health care cost". En: Culyer A.J. y Jonsson B. (eds.) *Public and Private Health Services*. Oxford: Basil Blackwell: 41-63. 1986.

Martín J.J. "Crisis económica y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud". *El Médico* nº 1109: 16-19. Abril 2010.

Martín J.J., López del Amo M.P. *Innovaciones organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud*. CL Temes JL Ed. Gestión Hospitalaria 4ª ed. Cap. 3. Editorial. Mc-Graw-Hill Interamericana de España SAU. 23-40. 2007.

Martín J.J., López del Amo, M.P. y Cano M.D. "Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure". *Applied Economics*. En prensa.

Martín J.J, Sánchez J. *El fondo de igualdad del Sistema Nacional de Salud. La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*, Edita Fundación BBVA, 419-437. 2006.

Martín J.J. "La salud de los andaluces". *25 Años de Autonomía de Andalucía*. Centro de Estudios Andaluces. Junta de Andalucía 77-92. 2007.

Memoria estadística de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2007). Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_7_INFORMACION_Y_ESTADISTICAS_SANITARIAS/P_3_Estadisticas_Sanitarias/Memoria_Estadistica_de_la_consejeria_de_Salud/memoria_estadistica?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_7_INFORMACION_Y_ES



TADISTICAS_SANITARIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_7_INFORMACION_Y_ESTADISTICAS_SANITARIAS/P_3_Estadisticas_Sanitarias/Memoria_Estadistica_de_la_consejeria_de_Salud/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_7_INFORMACION_Y_ESTADISTICAS_SANITARIAS/P_3_Estadisticas_Sanitarias/Memoria_Estadistica_de_la_consejeria_de_Salud/memoria_estadistica el 01 de Junio de 2010.

Ministerio de Sanidad y Consumo. La Salud de la población española en el contexto europeo del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.

Ministerio de sanidad y consumo. Recursos Económicos del SNS, Disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>, el 01 de Junio de 2010.

Moïse P. y Jacobzone S. "Population Aging, Health Expenditure and Treatment", en OECD (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, París: OCDE. 2003.

Moïse P. "The technology-health expenditure link", en OCDE (ed.), *A Disease-based Comparison of Health Care Systems*, París: OCDE. 2003.

Montero R., Jiménez J.D. y Martín J.J. "Estimation of an index of regional health needs in Spain using count regression models with filter". *Health Policy*. 2007.

Montero R.; Jimenez J.D.D.; Martín Martín J.J. "Decentralisation and convergence in health among the provinces of Spain (1980-2001)", *Social Science & Medicine*. 1253-1264. 2007.

Navarro V., Benach J. editores. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.

Newhouse J.P. "Medical care cost: how much welfare loss?" *Journal of Economics Perspectives* 6: 3-21. 1992.

Newhouse J.P. "Medical care expenditure: A cross national survey". *The Journal of Human Resource*; 12(1): 115-125. 1977.

OECD. *A disease-based comparison of health care systems*. Paris: OECD, 2003.

Oliveira Martins J. and de la Maisonneuve C. Projecting OECD Health and Longterm Care Expenditures: *What are the Main Drivers?*, OECD Economics Department, Working Paper, No. 477. Paris. 2005.

Ortún V. (Director). "El buen gobierno sanitario". *Springer Healthcare Communications*. 2009.

Parkin D., McGuire A. y Yule B. "Aggregate health expenditure and national income: Is health care a luxury good". *Journal of Health Economics*, 6: 109-127. 1987.

Puig-Junoy J., Castellanos A., Planas I. "Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013". Cap. 3. En: Puig-Junoy J, López-Casasnovas, Ortún V. *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson. 2004.

Puig-Junoy J., Planas I., Tur A. *Factores de crecimiento y proyecciones del gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Registro histórico 1991-1003*

y proyecciones 2004-2017. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Mimeo. 2005.

Puig-Junoy J., Puig R. y Casado D. (coord.). *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA*. Pfizer. 2009.

Puig-Junoy J. "Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible". *Papers de la Fundació/148*. Fundacion Rafael Campalans. 2007.

Puig-Junoy, J. *Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible*. Barcelona: Fundació Rafael de Campalans. 2007.

Reinhardt, V. "Does the ageing of the population really drive the demand for health care?". *Health Affairs* 22: 27-39. 2003.

Repullo J., Freire J.M. (dir.). *Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados europeos. Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados*. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, FISCAM, FCASAI. 2009.

Rico A., Infante A. *Demografía y sanidad en España, ¿qué podemos aprender de Europa?*, Información Comercial Española; 815: 185-204. 2004.

Rico, A. "Retos y dilemas de la función pública en sanidad. Análisis comparativo de las políticas de recursos humanos en España y en Europa". En: *Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados europeos. Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados*. Consejería de Sanidad de la Junta de

Comunidades de Castilla la Mancha, FISCAM, FCASAI. 35-95. 2009.

Ruiz-Ramos M., Viviana-Fernández F. "Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España". *Gaceta Sanitaria*, 18 (4): 260-7, Barcelona. 2004.

Sánchez Fernández J. y Sánchez Maldonado J. "Necesidades de gasto sanitario público inducidas por factores demográficos. Un análisis por Comunidades Autónomas". *Revista de Estudios Regionales*. vol. ext. VII: 157-180. 2009.

Seshamani M., Gray M. A. "Longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs". *J. Health Economic*; 13: 315-327. 2004.

Zweifel P., Felder S., y Meiers M. "Ageing of population and health care expenditure: a red herring?" *Health Economics* 8(6): 485-496. 1999.

Atención a la dependencia en Andalucía. Retos presentes y futuros

Santiago González Ortega

Atención a la dependencia en Andalucía. Retos presentes y futuros

Santiago González Ortega

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

Resumen

La puesta en práctica de las previsiones de la LD se encuentra aún en sus primeras fases. En la medida en que la protección de la dependencia es una competencia esencialmente autonómica, es a las CCAA a las que corresponde el desarrollo de esas previsiones, apoyándose tanto en las escasas normas elaboradas por el Estado como en las producidas por el órgano de colaboración interadministrativo previsto en la LD, cual es el Consejo Territorial del SAAD. No obstante, el ámbito de actuación de cada CA es muy amplio y, más particularmente, en el terreno de la gestión. En todas las dimensiones de ésta se requiere una revisión normativa que unifique criterios, reglas y procedimientos, que aborde de forma integral todas las dimensiones problemáticas de la protección y que cubra los vacíos de regulación detectados. En todo caso, el protagonismo de las entidades locales en el SAAD, muy claro en el caso de la CA de Andalucía, requiere una regulación sólida y clarificadora acerca de las competencias de tales entidades locales, de las formas de colaboración con el SAAD y de financiación de sus actividades. La atención particular que se reclama en ámbitos como los de la formación, el incentivo a la participación privada, el control de la calidad y la transparencia informativa corresponde satisfacerla en gran medida a la CA.

1. Introducción

La protección de las situaciones de dependencia es la función esencial del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), creado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (LD), y que se estructura como una red pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, tanto públicos como privados. La protección de la dependencia se ha configurado como una competencia de las Comunidades Autónomas (CCAA), en virtud del título constitucional de Asistencia Social (art. 148.1.20 de la Constitución Española, CE), que los diversos Estatutos de Autonomía han reelaborado bajo la denominación más amplia de Servicios Sociales; como es el caso del art. 61 del Estatuto de Autonomía para Andalucía (EAA), aprobado por las Cortes Generales el 20 de diciembre de 2006 y contenido en la Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.

El EAA se refiere, directa y expresamente a la tutela de las situaciones de dependencia como es el caso de los arts. 10.3, número 15, 24 y 37. La tutela de las situaciones de dependencia es, pues, una indiscutible competencia de las CCAA, sólo que han de ejercitarla en el marco de lo establecido por la LD, en cuanto norma



destinada a regular la importante función constitucional, atribuida al Estado (art. 149.1.1 CE) de garantizar las condiciones básicas para la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de los derechos. También hay que tener en cuenta las reglas elaboradas por el Consejo Territorial del SAAD, creado por la LD, con presencia mayoritaria de las CCAA, en relación con una amplia serie de materias previstas en el art. 8.2 LD, entre las que pueden citarse: los criterios de intensidad de las prestaciones, las condiciones y cuantías de las prestaciones económicas, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios, el baremo de calificación de la dependencia, o los criterios de actuación y evaluación del SAAD.

En consecuencia, si bien en la fijación de los caracteres esenciales del SAAD la competencia es básicamente estatal, aunque compartida con las CCAA a través de los criterios establecidos por el Consejo Territorial, el desarrollo de esos principios (en un sentido normativo) y en la aplicación práctica de los mismos (con decisiones organizativas y de gestión) corresponde a las CCAA. Un conjunto de normas bastante amplio del que se da razón en el Anexo II, siendo la mayoría posteriores a la LD, pero algunas anteriores a ella en la medida en que, siendo la protección de la dependencia una competencia exclusiva de las CCAA, se trata de una actividad que ya venía siendo desarrollada por éstas. En todo caso, es evidente que la competencia exclusiva en la gestión del SAAD depende de las CCAA, por lo que la reflexión acerca de la puesta en práctica del Sistema debe referirse esencialmente a la actuación de cada CA, individualmente considerada.

2. El estado de la cuestión

Ya se ha dicho que el establecimiento del SAAD ha sido una iniciativa estatal plasmada en la LD pero que se apoya, hacia el pasado, en la protección que, en mayor o menor grado, ya venían dispensando las CCAA; y, hacia el futuro, en el protagonismo de esas mismas CCAA, ahora en el marco de la LD. El SAAD no es, pues, más que una estructura de protección que parte de prácticas autonómicas, más o menos desestructuradas, existentes con anterioridad a la LD a las que integra en un diseño unitario que se apoya íntegramente en la actividad futura de esas mismas CCAA. Esta es la razón por la que es posible afirmar que la protección concreta de las situaciones de dependencia depende de cada CCAA, siendo igualmente posible detectar diferencias esenciales y muy notables entre ellas en todas las dimensiones de la protección. En este punto, hay que traer a colación la Disp. Final Primera de la LD, que establece un calendario de aplicación progresiva (hasta el año 2014) en función de los niveles de dependencia. En conclusión, el SAAD protege hoy sólo a los grandes dependientes y a los dependientes severos.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, y como se desprende de las estadísticas publicadas por el IMSERSO a 1 de junio de 2010, las personas en situación de dependencia con derecho a la protección son, ya valoradas y beneficiarias de prestaciones, un total de 161.994 (un 1,95 por 100 de la población de la CA, cifrada en 8.302.923 personas, siendo el número más alto de todas las CCAA. La importancia en este ámbito de la CA de Andalucía es evidente ya que proporciona protección al 27,98 por 100 de todos los dependientes a los que se han reconocido el derecho,

en el ámbito nacional, habiéndose realizado un total de 331.064 dictámenes en respuesta a solicitudes de prestación.

En cuanto a las prestaciones, el criterio fijado en la LD es el de establecer un catálogo de ellas que funciona como un elenco mínimo que todas las CCAA deben proporcionar. Es cierto que, según la LD, cada CA puede ampliar ese catálogo con otras prestaciones. Lo que, en la actualidad, no ha sucedido. En relación con ese catálogo, la LD también fija un criterio orientativo cual es el de dar prioridad a las prestaciones técnicas o de servicios proporcionadas por el propio SAAD. Sólo de forma secundaria, la LD establece que, en defecto de esas prestaciones técnicas o de servicios, podrán otorgarse prestaciones económicas vinculadas al servicio, esto es, afectadas necesariamente a la adquisición de tales servicios en un mercado abierto, en el que, no obstante, sólo pueden concurrir entidades o sujetos privados igualmente acreditados. Por último, y de forma más excepcional según la LD, el SAAD podrá otorgar prestaciones económicas por cuidado familiar, cuando exista una persona del entorno familiar de dependiente que asuma su cuidado. A este efecto, las estadísticas antes citadas revelan que, contrariamente a los propósitos de la LD, las prestaciones mayoritariamente reconocidas en la CA de Andalucía, y es una tendencia común a todas las CCAA, son las correspondientes al cuidado familiar (un 95.198, un 44,76 por 100 del total), seguidas de la teleasistencia (47.834, un 22,49 por 100) y la ayuda a domicilio (39.779, un 18,70 por 100), siendo marginales las prestaciones económicas vinculadas al servicio (3.488, un 1,64 por 100) y la de asistencia personal (34, un 0,02 por 100).

En cuanto al necesario e inevitable desarrollo normativo de la LD, hay que indicar que la actividad del Consejo Territorial del SAAD en los tres años y medio de vigencia de la LD ha cumplido razonablemente su función en cuanto a la elaboración de criterios comunes y de aplicación a todas las CCAA. Así ha adoptado varios Acuerdos respecto de cuestiones esenciales del SAAD. Por lo que se refiere a la CA de Andalucía, hay que partir de la base de que la protección de las situaciones de dependencia se adscribe al ámbito de los Servicios Sociales y, en consecuencia, le es de aplicación la Ley 2/1988, de 2 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía, aplicándoseles una serie de normas, algunas anteriores a la LD, pero otras muchas posteriores a ella y a su aplicación. Es el caso, entre otras, de las que se refieren a cuantía de los precios públicos en centros residenciales y centros de día, las que regulan el procedimiento para el reconocimiento de las situaciones de dependencia, las que fijan la intensidad de la protección en cuanto a los servicios, las que regulan el procedimiento para la acreditación de los centros, las relativas al servicio de ayuda a domicilio o el reglamento de régimen interior de los centros residenciales. Normas que se han actualizado a lo largo de los dos años posteriores.

En conclusión, pues, puede decirse que, en la CA de Andalucía, la LD ha recibido, con carácter general, una aplicación importante. Que se manifiesta no sólo en la abundante elaboración normativa de desarrollo para la puesta en práctica del diseño legal, sino también en la organización (o mejor, adaptación) de una estructura de gestión adecuada, en la organización de un procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la emisión del programa individualizado de atención, y en la regulación de aspectos centrales del SAAD como el referido a la intensidad de las presta-



ciones, y a los distintos servicios o prestaciones (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y de noche y residencias). La CA de Andalucía ha abordado igualmente los aspectos organizativos de la protección referidos a la identificación de centros o servicios mediante un registro, a la acreditación de tales centros o servicios, al reglamento interno de los centros o a las tarifas de precios de los servicios concertados. También, aunque en menor medida, cuestiones como la aportación económica del beneficiario al coste de las prestaciones o el apoyo a los cuidadores familiares de los dependientes.

3. Dimensiones de la atención a la dependencia: situación actual, necesidades y posibles orientaciones de futuro

3.1. Ámbito y calidad del desarrollo normativo

Como se ha indicado, la LD es una norma general o de principios que constituye el soporte de un desarrollo normativo que, salvo contadas cuestiones, no está en manos del Estado. Dicho desarrollo tiene lugar en dos ámbitos. Uno, todavía el estatal o nacional, merced a la normas reglamentarias estatales y, sobre todo, a los Acuerdos adoptados en el seno del Consejo Territorial, con participación prevalente de las CCAA.

Puede decirse, con carácter general, que el grado de concreción de tales acuerdos es relativamente escaso ya que se limitan a establecer criterios generales y re-

glas mínimas, dejando un amplio espacio de maniobra normativa a cada CA; lo que implica la posibilidad, constitucionalmente tolerada, de un SAAD autonómico con diferencias de relieve entre las diversas CCAA. En consecuencia, si se quiere tener un conocimiento preciso del sistema normativo por el que se rige la protección de la dependencia en una concreta CA, es necesario tener en cuenta la esencial combinación de los Acuerdos del Consejo Territorial y las normas autonómicas que los concretan. Además de los Acuerdos, fruto de la aplicación de la LD, hay que recordar que será necesario, en cada materia, tener presentes normas previas a la LD que se aprobaron en su momento para articular la protección de mayores o discapacitados y que pueden servir para la tutela de la dependencia. Es verdad que muchas de ellas se han modificado, actualizándolas a las exigencias de la LD y en previsión, ya específica, de la protección de los dependientes; pero algunas, no obstante, han persistido, manifestándose en alguna forma su inadecuación.

3.2. El procedimiento de valoración de las situaciones de dependencia y de fijación de las prestaciones

El primer Acuerdo del Consejo Territorial (enero de 2007) versa sobre esta cuestión, estableciendo criterios generales sobre el baremo mediante el cual se debe valorar el grado y nivel de la dependencia, así como sobre la composición de los órganos de valoración y sobre el procedimiento de valoración. No obstante, el baremo, de acuerdo con el art. 27 LD, se ha aprobado finalmente por el Gobierno mediante un RD (RD 504/2007, de 20 de abril); de forma que, en este punto, las CCAA poco pueden aportar al margen de estar obligadas a

aplicar el baremo aprobado por tratarse de una norma de obligatoriedad general.

Distinto es lo relativo a los órganos de valoración y al procedimiento a seguir, donde el Acuerdo es mucho más flexible ya que se limita a establecer reglas generales sobre la valoración de la dependencia, o los informes a tener en cuenta y decidir la prestación a otorgar. Por lo que hace al procedimiento, el Acuerdo es igualmente general ya que fija los criterios básicos acerca de aspectos como el examen previo del dependiente, la necesidad de que la valoración sea conjunta de la capacidad y autonomía del dependiente, el examen de las necesidades de apoyo o que el órgano de valoración debe pronunciarse con un dictamen propuesta donde se contenga el diagnóstico, la valoración de la dependencia, los cuidados necesarios y, eventualmente, el plazo máximo de revisión. En la misma línea, pero menos genérico, el Acuerdo de enero de 2010 ha vuelto sobre el tema de los órganos y el procedimiento de valoración de la situación de dependencia, cuestión sobre la que ha incidido el reciente RD Ley 8/2010, de 20 de mayo, estableciendo el plazo máximo de resolución en seis meses.

En lo que hace a la CA de Andalucía, la Orden de 23 de abril de 2007 estableció el modelo de solicitud para iniciar el procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, seguida por el Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD, así como los órganos competentes para su valoración. Y, finalmente, por la Orden de 1 de octubre de 2007, mediante la cual se establecen los modelos de informe social, trámite de consulta y de propuesta del Plan Individualizado de Atención (PIA).

Los elementos más relevantes de estas normas son: la asignación de competencias a las Delegaciones Provinciales de la Consejería competente en materia de servicios sociales, que resolverán acerca de la valoración de la situación, la prescripción de los servicios o prestaciones y gestionarán las prestaciones económicas; todo ello mediante dos procedimientos aunque muy vinculados. Así, en cuanto al procedimiento general se fija su iniciación, la composición de los órganos de valoración (si bien descrita de forma muy ambigua y general que será necesario adecuar a las exigencias contenidas en el Acuerdo de enero de 2010, antes citado). Es la propuesta de resolución a la Delegación Provincial de la Consejería la que concluye esta parte del procedimiento, momento en el que se inicia el segundo procedimiento que es el referido al establecimiento del Plan Individualizado de Atención (PIA); para cuya fijación se reclaman las informaciones precisas a los interesados, se realiza un informe social que concluye con una propuesta de resolución a la Delegación Provincial de la Consejería, la cual determina finalmente el PIA. Se trata de una resolución, susceptible de revisión, lo que ha quedado afectada por el RD Ley 8/2010, que fuerza a la CA de Andalucía a adaptar sus procedimientos a lo establecido en esta norma.

Por último, el Decreto 168/2007 realiza una opción organizativa legítima y permitida, e incluso incentivada por el art. 12 LD en el sentido de dar participación en la gestión de los servicios de dependencia a las Entidades Locales. Así, son los Servicios Sociales Comunitarios, de ámbito municipal en el caso de poblaciones de 20.000 habitantes o más, y de ámbito supramunicipal en los demás casos (arts. 7 y 19 de la Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales de Andalucía) los que intervienen de forma decisiva en el procedimiento de



valoración y de fijación del PIA. Una intervención que reclama una reforma de la Ley autonómica de Servicios Sociales en este punto así como una mejor organización de los recursos financieros que se ponen a disposición de las Entidades Locales.

3.3. Las prestaciones del SAAD: prestaciones de servicio y económicas. La intensidad de las prestaciones

Las prestaciones previstas en la LD se dividen en prestaciones de servicios y económicas. Las primeras se contienen en un catálogo, recogido por el art. 15 LD comprendiendo, además de las de carácter preventivo, las de teleasistencia (47.834 beneficiarios), servicio de ayuda a domicilio (39.779 beneficiarios), centros de día y de noche (8.885 beneficiarios) y servicios de atención residencial (17.474 beneficiarios). En cuanto a las prestaciones económicas, hay que mencionar las vinculadas a la adquisición de un servicio (3.488), para contratar un asistente personal (sólo 34) y por cuidados familiares (95.198). En relación con estas prestaciones varias son las cuestiones en las que puede tener intervención la CA; se trata de la intensidad de las prestaciones de servicios, de la cuantía de las económicas y del régimen de incompatibilidad entre ellas (que se abordará en otro apartado).

La cuestión de la intensidad de las prestaciones técnicas y de la cuantía de las prestaciones económicas que dispensa el SAAD se ha regulado para todo el Estado, mediante el RD 727/2007, de 8 de junio. No obstante, la primera impresión que se deriva del análisis del RD 727/2007 es que las normas reglamentarias de intensidad son muy generales, configurando un primer intento

de precisión que acaba remitiendo su determinación concreta a la actuación de cada CA, y aceptando que dicha determinación está condicionada en muchos casos por el tipo de dependencia y por la posesión de los recursos e infraestructuras necesarias. De forma que el RD 727/2007 no es sino un acercamiento general a la cuestión, sin que pueda derivarse del mismo un estándar exigible a todas las CCAA por igual. En este punto, y admitido que todos los servicios del catálogo deben ofertarse por todas las CCAA, el contenido concreto de la prestación de que se trate queda, en gran medida, a la decisión de la CA; abriéndose, en consecuencia, un amplio campo de discrecionalidad en razón de opciones políticas y normativas de ámbito autonómico.

En al ámbito de la CA de Andalucía, es la Orden de 3 de agosto de 2007 (modificada por la Orden de 7 de marzo de 2008 y por la Orden de 6 de abril de 2009) la que ha abordado el tema de la intensidad de los servicios y prestaciones. Y lo ha hecho sin añadir nada relevante a lo establecido en el RD 727/2007, de ámbito estatal. En este punto, la Orden reproduce las referencias descriptivas y muy genéricas a la intensidad de las prestaciones de servicio, sólo concretadas numéricamente en lo que hace a la teleasistencia y al servicio de ayuda a domicilio (aquí, por cierto, de la misma forma que lo hace la norma estatal); en el resto de las prestaciones, la Orden se limita a reproducir el contenido del RD 727/2007. Posiblemente este sea un resultado inevitable, de forma que, para considerar la intensidad (lo que quiere decir el alcance y la calidad) de cada una de las prestaciones de servicio sea necesario acudir a la regulación específica de cada una de ellas. Lo que, no obstante, provoca una dispersión normativa poco aconsejable.

Las prestaciones de servicios, salvo la teleasistencia, han recibido una regulación diferenciada, aunque separada. De una parte, la de ayuda a domicilio (contenida en la Orden de 15 de noviembre de 2007 que, modificando una Orden anterior, regula esta prestación tanto como prestación básica del Sistema de Sociales como prestación derivada de la aplicación de la LD, posteriormente modificada por la Orden de 22 de septiembre de 2008 y de 6 de abril de 2009) y la de centros de día, de noche y residenciales (Orden de 5 de noviembre de 2007, también modificada por la Orden de 22 de septiembre de 2008, las Ordenes de 21 de diciembre de 2007, sobre el documento contractual para el ingreso en residencias y sobre el reglamento de régimen interior de los centros residenciales, y completada por la Resolución de 18 de enero de 2010, que actualiza el coste de las plazas concertadas y conveniadas con centros de personas mayores). Se trata, sobre todo en el caso de la ayuda a domicilio, de una regulación bastante completa, que atiende a todas las dimensiones de este tipo de prestación: titulares del derecho, órgano de gestión, contenido del servicio, derechos y deberes del usuario, prestación del servicio, e intervención de los Servicios Sociales Comunitarios. Dejando para un apartado común lo relativo a la incompatibilidad de prestaciones así como lo referente a la participación del beneficiario en el coste del servicio o los requisitos de calidad de los prestatarios, la particular regulación de estas dos prestaciones justifica un tratamiento diferenciado, en relación con la intensidad de las mismas y su régimen jurídico general.

En lo que hace a las prestaciones económicas (y dejando al margen la posibilidad, hoy por hoy no utilizada, de establecer la CA a su exclusivo cargo un nivel adicional de protección) el espacio de maniobra de las CCAA es

mucho más reducido. Como señala el art. 20 LD, la cuantía de las prestaciones económicas se acordará por el Consejo Territorial y, posteriormente, se aprobará por el Gobierno por RD con aplicación obligatoria en todo el ámbito del Estado. Para el año 2010, la cuantía de estas prestaciones ha quedado fijada por el RD 374/2010, de 26 de marzo, estableciendo, unas cuantías máximas; lo que significa que, en función de la capacidad económica del beneficiario, éste podrá recibir cuantías más reducidas. Como se ha dicho, en este punto las CCAA tienen muy poco margen de maniobra por lo que se limitan a aplicar las previsiones del RD estatal anual en materia de cuantías máximas. Otra cosa es lo referido a la compatibilidad de prestaciones y a la participación del beneficiario en el coste de las mismas sobre lo que la Orden de 3 de agosto de 2007 también se pronuncia.

3.4. La incompatibilidad de prestaciones

El RD 727/2007 no aborda los verdaderos problemas de compatibilidad o incompatibilidad entre las prestaciones del catálogo, ni extiende claramente el análisis a las prestaciones económicas, ni a las relaciones de compatibilidad de éstas entre sí. Es evidente que en este terreno es fundamental la decisión de las CCAA, para establecer las reglas de compatibilidad que estime pertinentes, abriendo un amplio campo de autonomía y de diferenciación entre CCAA. En este punto, el art. 11 de la Orden de 3 de agosto de 2007 (aunque modificado, de manera más flexible, por la Orden de 6 de abril de 2009) ha abordado, de forma bastante sistemática aunque sintética, la regulación de las incompatibilidades, definiéndolas en razón de cada prestación. Como ideas centrales pueden señalarse: se establece una compati-



bilidad relativamente amplia entre el servicio de ayuda a domicilio y otras prestaciones; es mucho más rígida con otras posibles compatibilidades; hacen incompatibles las prestaciones económicas de asistencia personal y por cuidado familiar con todas las prestaciones (salvo la teleasistencia), aunque esta incompatibilidad pueda ser sometida crítica. Lo mismo que la prestación económica por asistencia personal que, en teoría, está orientada exclusivamente a permitir al gran dependiente realizar un trabajo o acudir a cursos de formación; la declaración de incompatibilidad total con otras prestaciones revela que, en realidad, este tipo de asistencia personal se concibe en la práctica como una asistencia integral, similar al cuidado familiar.

3.5. Los requisitos de calidad de las prestaciones de servicios y económicas vinculadas al servicio

La LD se refiere a la Red de servicios del SAAD, definiéndola como de ámbito autonómico, y formada por centros públicos y por centros privados concertados, siempre que estén debidamente acreditados. En consecuencia, además de los centros de titularidad pública, también se integran, mediante concierto, en la Red de servicios del SAAD los centros privados, asumiendo igualmente la prestación de los servicios del catálogo. Sólo que tales centros privados, para poder ser concertados, deberán estar pertinentemente acreditados conforme a una serie de requisitos que habrán de establecer las CCAA. Una acreditación que la LD exige igualmente a los centros y servicios privados no concertados; esto es, a los que prestan sus servicios mediante contrato suscrito en el mercado de servicios de asistencia a los dependientes, vinculados a la prestación económica vinculada al ser-

vicio o a la prestación de asistencia personal. También exige, en fin, que las CCAA establezcan las condiciones de actuación de los centros privados concertados. Dos regulaciones, pues, a realizar por las CCAA: el régimen jurídico y contenido de los conciertos, y el procedimiento y los requisitos para la acreditación.

En relación con la acreditación, hay que recordar que el Consejo Territorial ha fijado los criterios comunes de acreditación de centros y de planes de calidad del SAAD, con una serie de rasgos básicos que pueden sintetizarse de la siguiente manera: a) Con el objetivo de garantizar la calidad de los servicios, exige la acreditación de todos los centros y servicios que realicen alguna de las prestaciones del catálogo, imponiendo a este fin unos criterios comunes mínimos que no sólo pueden desarrollarse y aplicarse mediante normas de las CCAA, sino también endurecerse o ampliarse; b) La finalidad es controlar la solvencia técnica, la eficacia y la calidad en la prestación del servicio de que se trate, recurriendo para determinarla a una serie de requisitos y estándares proyectados en una serie de ámbitos o materias, dejando un amplio espacio de regulación y desarrollo a las CCAA (o a otra Administración, si es la competente), con evidente alusión a las EELL; y, c) Establece determinadas exigencias mínimas en cuanto a los recursos materiales y humanos y a su calidad profesional, con previsiones de aplicación progresiva de sus exigencias. Frente a la posible diversidad de exigencias procedentes de las diferentes CCAA, y su posible impacto en las condiciones básicas de igualdad en el ejercicio del derecho a la asistencia, el Acuerdo introduce el mecanismo del método abierto de coordinación, según el cual los requisitos y estándares de calidad deberán converger, mejorando progresivamente, a partir del mínimo establecido en el propio Acuerdo, para así

garantizar una cierta homogeneidad de las condiciones de prestación de los servicios, “con independencia del lugar del territorio del Estado”.

En este marco en el que tantas opciones que conceden a las CCAA y en lo que se refiere a la CA de Andalucía, la Orden de 15 de noviembre de 2007, respecto del servicio de ayuda a domicilio, que destina parte de su articulado a establecer los requisitos de acreditación que han cumplir las entidades o empresas prestadoras del servicio y pueden ser todas aquellas que presten el servicio de ayuda o las personas físicas que igualmente lo hagan, en virtud bien del concierto con el SAAD o como entidades o sujetos que ofrecen estos servicios al mercado para que sean adquiridos mediante la prestación económica vinculada al servicio. También puede mencionarse al respecto la Orden de 5 de noviembre de 2007, que establece el procedimiento y los requisitos de acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, En general, puede decirse que la Orden de 5 de noviembre de 2007 es adecuada, regula con el suficiente detalle y exigencia los requisitos y, siendo casi coetáneo con el Acuerdo del Consejo Territorial, tiene un contenido muy similar en muchos de sus aspectos.

3.6. Las prestaciones económicas de asistencia personal y de cuidado familiar

No obstante ser concebidas como excepcionales en la LD, la realidad práctica ha puesto de manifiesto la importancia cuantitativa de las prestaciones económicas por cuidado familiar; lo que no ha sucedido con la prestación económica de asistencia personal que, en

razón de la falta de una definición precisa de su función, ha quedado reducida a un papel marginal o testimonial al que contribuye sin duda el que esté reservada para los grandes dependientes. En cuanto a las primeras, el Consejo Territorial se ha ocupado de ellas estableciendo los criterios de acreditación en materia de formación de cuidadores familiares o no profesionales y a la mejora de la calidad de dicho tipo de cuidado. En todo caso hay que subrayar que, de nuevo, el Consejo Territorial deja la regulación concreta de muchos aspectos de esta prestación a las CCAA, si bien el segundo de los Acuerdos que se ocupan del tema es más exigente y detallado, ya que tiene como finalidad establecer criterios comunes para la concesión y seguimiento de la prestación de cuidado familiar. Se trata de exigencias mínimas que el Acuerdo reclama implícitamente que sean desarrolladas y precisadas por cada CA. Es lo que la Orden de 3 de agosto de 2007 ha hecho, estableciendo significativas exigencias respecto de la persona que puede asumir esa condición de cuidador.

En lo que hace a la prestación económica de asistencia personal, su función, como se ha dicho, resulta mal definida en la LD. En efecto, tratada como una prestación muy particular, por los beneficiarios (sólo los grandes dependientes) y por su finalidad principal (la de facilitar al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo), ese perfil se desdibuja si se tiene en cuenta que la LD también asigna a esta prestación la de procurar un auxilio para desarrollar de manera más autónoma las actividades básicas de la vida diaria; con lo que puede acabar no diferenciándose de la prestación vinculada al servicio si sirve para contratar, por ejemplo, ayuda domiciliaria en asuntos personales y domésticos. Así, la prestación económica por asistencia personal puede acabar convirtiéndose en una prestación económica



que sirva para contratar a profesionales de la asistencia para prestar cualquier servicio personal. Se trata, por tanto de una prestación que requiere de una regulación específica por parte de la CA, si bien su propia irrelevancia numérica no lo hace urgente. No obstante, la Orden de 3 de agosto de 2007 lo ha hecho, aunque muy superficialmente; por lo que sería precisa una regulación más completa.

3.7. La participación del beneficiario en el coste de la prestación. El copago

La LD establece el principio de que el beneficiario de las prestaciones de servicio participará en la financiación de las mismas según el tipo y coste de las mismas y de su capacidad económica personal; capacidad económica que influirá también en la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas. El mismo artículo encomienda al Consejo Territorial la fijación de los criterios comunes a este efecto para todo el SAAD; lo que ha hecho en noviembre de 2008. Una vez más, el Acuerdo tiene como objetivo fijar lo que califica como “criterios mínimos comunes”; lo que deja abierta la posibilidad de que las CCAA puedan regular otras condiciones, pero que, conforme al concepto habitual de mínimo, sólo pueden mejorar (se entiende que desde la perspectiva del beneficiario) las establecidas en el Acuerdo.

A estos efectos y en lo que hace a la determinación de la capacidad económica del beneficiario, se toma en consideración exclusivamente la capacidad económica individual y no la familiar o de la unidad de convivencia que se expresa tanto a través de la renta como del patrimonio. En cuanto al cómputo de la renta, el Acuerdo utiliza un concepto de renta muy amplio, de manera que

incluye tanto los ingresos del trabajo como los del capital; y, respecto del patrimonio, el Acuerdo considera tal el conjunto de bienes y derechos de contenido económico, menos las cargas, gravámenes, deudas y obligaciones personales del beneficiario. Finalmente, y lo que es más relevante aquí, el Acuerdo indica, aunque no precisa cómo (algo que podrán desarrollar las CCAA), que en la consideración del patrimonio del dependiente se tendrán en cuenta la edad y el tipo de servicio. Sólo en este extremo y en la regla menos precisa según la cual en la determinación de la capacidad económica general del beneficiario podrán tenerse en cuenta las cargas familiares, el Acuerdo permite, además de, en todo caso, la introducción de reglas más ventajosas, un cierto margen de actuación a las CCAA, las cuales podrán tanto regular el impacto de la edad, diferenciada por tipo de prestación, en la capacidad económica del solicitante, como las consecuencias (que no puede ser sino influyendo a la baja en esa capacidad económica) de las cargas familiares.

Por lo que respeta a la participación del beneficiario en el coste de la prestación, el Acuerdo dedica su segunda parte a establecer la participación del mismo en el coste de las prestaciones, para lo que diferencia entre prestaciones de servicio y prestaciones económicas. Hay que recordar en todo caso que, según se desprende del carácter universal y asistencial parcial de la prestación, la participación en el coste no puede suponer la asunción por el dependiente de la totalidad del mismo ni que “ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos”. A este efecto, el Acuerdo establece una serie de reglas, que dejan un amplio margen de regulación, de desarrollo y aplicación para las CCAA, las cuales pueden fijar, respecto de los centros y residencias, concretar el por-

centaje de participación relacionado con la capacidad económica; fijar las tablas de porcentajes de participación según el tipo de servicios; e, incluso, recurrir, si es el caso, a indicadores de rentas propios, diferentes al nacional o IPREM. En relación con otras prestaciones de servicio, el Acuerdo es todavía mucho más genérico, dejando un extenso campo de intervención a las CCAA, ya que el Acuerdo les obliga a establecer una tabla de participación para cada servicio a tenor de la capacidad económica del beneficiario, y exigir que la participación en el coste se materialice en una fórmula matemática que garantice la equidad.

Por lo que se refiere a las prestaciones económicas, aquí no se trata tanto de una participación directa en el coste de las mismas, sino del impacto de la capacidad económica personal en la cuantía de la prestación. Conforme al Acuerdo, el límite inferior de capacidad económica que hace que, por debajo de la misma, se reciba íntegra la prestación económica se fija en la cuantía del IPREM, ya indicada antes (que podrá ser sustituido, como se ha dicho, por otro índice semejante de ámbito autonómico). En el caso de que la capacidad económica del beneficiario sea superior, el Acuerdo remite a la CA el establecimiento de los índices de reducción de la cuantía de la prestación aplicable, garantizando, no obstante, un resultado final, al margen de la capacidad económica, y es que la cuantía de las prestaciones económicas vinculadas al servicio y de asistencia personal no será nunca inferior al 40 por 100 de lo establecido como cuantía anual, ni al 75 por 100 de esa cuantía, si se trata de la prestación económica por cuidado familiar, salvo que estas prestaciones económicas sean compatibles con algunos servicios del catálogo, en cuyo caso podrá reducirse la prestación por debajo de estos límites sin que el Acuerdo exprese en qué forma,

debiendo interpretarse que queda a la decisión de las CCAA. En todo caso, el Acuerdo exige que la reducción de la cuantía se aplique conforme a fórmulas matemáticas que garanticen la equidad y la progresividad.

En el caso de la CA de Andalucía, la Orden de 3 de agosto de 2007, referida a la intensidad de las prestaciones, contiene algunas previsiones acerca de la contabilización de la capacidad económica personal del beneficiario, subrayando (como el Acuerdo, aunque es anterior al mismo) que se determinará teniendo en cuenta tanto la renta como el patrimonio y estableciendo reglas que, muy abreviadamente, son iguales a las recogidas en el Acuerdo; y semejantes son las previsiones de la orden de 15 de noviembre de 2007, sobre el servicio de ayuda a domicilio. En consecuencia, puede decirse que el Acuerdo, siendo más específico, requiere normas autonómicas que lo desarrollen, al menos en la parte en la que se atribuye a las CCAA esta facultad. Algo distinto, pero también una regulación incompleta, es lo relativo a la participación del beneficiario en el coste de los servicios. Establecida por la Junta de Andalucía en relación con las plazas residenciales, como establece la Orden de 21 de diciembre de 2007, se ha concretado, en cuanto a la prestación de ayuda domiciliaria en la Orden de 15 de noviembre de 2007, y, en cuanto a las prestaciones económicas, en el art. 17 de la Orden de 3 de agosto de 2007 (modificada por la Orden de 6 de abril de 2009, posterior por tanto al Acuerdo) que establece un cuadro que, de nuevo tomando como referencia al IPREM, establece cuantías diferentes según prestaciones y nivel de recursos, partiendo de un mínimo de prestación, incrementándose hasta el 100 por 100 en el supuesto de beneficiarios que acrediten una capacidad económica inferior al IPREM. En todo caso, la Orden establece unos topes mínimos de cuantía, va-



riables en razón del grado de dependencia, relacionados con la de la pensión no contributiva de la Seguridad Social. Además de lo anterior, la Orden fija otras reglas en razón de cada prestación.

3.8. Intervención de los Entes Locales y la financiación de la dependencia

El SAAD concede un amplio espacio de intervención y de responsabilidad a las Entidades Locales, si bien tales competencias deberán quedar establecidas en función de la normativa de la correspondiente CA y en el marco de la legislación general en el ámbito del régimen local. Debe recordarse que la mayor parte del procedimiento de valoración de la dependencia y de asignación del PIA así como las funciones de control y seguimiento se realizan a través de los Servicios Sociales Comunitarios. Más concretamente, los Servicios Sociales Comunitarios, de ámbito municipal o supramunicipal. Así lo prevé el art. 4.3 del Decreto 168/2007, de 12 de junio, sobre el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. En todo caso, y como se ha advertido antes, la articulación del SAAD y la participación que abre a los entes locales requiere una regulación actualizada que establezca sus competencias en lo concreto en relación con todas las prestaciones, fundamentalmente las de servicios.

Por lo que se refiere a la financiación del SAAD, y dejando al margen lo referido al copago, la LD establece una doble fuente de financiación: la del nivel mínimo de protección garantizado, que correrá a cargo de la Administración General del estado con cargo a los Presupuestos Generales (art. 9 LD); y la del nivel complementario que se acuerde, mediante convenio, entre el Estado y

cada una de las CCAA, estableciendo dichos convenios las obligaciones de cada parte y teniendo en cuenta factores como la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, los emigrantes retornados y otros factores (art. 32 LD). Con la regla de cierre consistente en que la aportación de cada CA será al menos igual a la del Estado. La norma general al respecto es el RD 614/2007, de 11 de mayo, modificado por el RD 99/2009, de 6 de febrero. Por lo que se refiere al año 2010, la cuantía del mínimo de protección garantizado se establece en el RD 373/2010, de 26 de marzo. En cuanto al llamado nivel acordado, su concreción última ha tenido lugar mediante la Resolución de 21 de mayo de 2009, del IMSERSO, que publica el marco de cooperación interadministrativa y criterios de reparto del nivel acordado, para el año 2009, partiendo también aquí del número de personas dependientes a las que se ha reconocido el derecho a la prestación y no los estimados y aplicando algunos de los índices antes mencionados de corrección. En todo caso, es el convenio de colaboración entre el Estado y cada CCAA el que establece la financiación conjunta de Estado y CA del nivel acordado de prestaciones, diferenciando servicios y prestaciones, con asignación separada de fondos.

Hasta este nivel, el margen de actuación de las CCAA en materia de financiación es limitado. No sucede así con el reparto interno de esos fondos, teniendo en cuenta la intervención decisiva de los Servicios Sociales Comunitarios a cargo de las Entidades Locales (si se trata de municipios con más de 20.000 habitantes) y supralocales o provinciales (si son municipios con una población inferior). En esta materia, la Orden de 15 de noviembre de 2007, sobre el servicio de ayuda a domicilio, establece que la Consejería de Igualdad y Bienestar Social suscribirá convenios de colaboración (conforme a un

modelo que la Orden establece) con los Ayuntamientos de municipios con más de 20.000 habitantes y, para el resto, con las Diputaciones Provinciales; todo ello sobre la base del compromiso de las Corporaciones Locales de prestar el servicio, asumiendo su financiación la Consejería de Igualdad. Con carácter más general, el Acuerdo de 24 de noviembre de 2009, del Consejo de Gobierno de la CA de Andalucía establece los criterios conforme a los cuales se distribuyen los créditos a los municipios con más de 20.000 habitantes (y a las Diputaciones, en caso contrario), con la finalidad de financiar la atención a las personas en situación de dependencia, estableciendo, conforme a una serie de criterios, las cuantías anuales a asignar a cada municipio y Diputación.

3.9. Control y seguimiento de las prestaciones, intervención de sujetos privados y otras cuestiones de procedimiento

Un elemento básico de todo el SAAD es el referido al control y al seguimiento de las prestaciones. Lo que, en el aspecto exclusivamente sancionador, se ha materializado en la articulación de un amplio cuadro de infracciones entre las que se mencionan, por ejemplo, las de obstruir la acción de los servicios de inspección y de aplicar las prestaciones económicas a finalidades distintas de las previstas en la norma. Al margen del desarrollo de un cuadro sancionador específico, en el ámbito de sus competencias, por parte de las CCAA en relación con el SAAD, es mucho más relevante la puesta en práctica de un sistema de control de la situación de dependencia, de la incidencia en ella (y su mantenimiento) de las circunstancias que justifican la concesión de

la ayuda y de la aplicación correcta de las previsiones de atención establecidas en el PIA.

Poca cosa hay a nivel estatal, posiblemente debido a que la gestión del SAAD (y el seguimiento y el control no son sino tareas de gestión) está encomendada a las CCAA. Como también lo está, por cierto, la facultad de desarrollar el cuadro de infracciones y sanciones establecido en la LD y la de proceder, en lo concreto, a incoar los expedientes sancionadores y de imponer las sanciones que procedan (art. 47 LD). En el ámbito de la CA de Andalucía las encomiendas de los Acuerdos han tenido poco eco, salvo en muy genérico contenido en los arts. 20 a 22 del Decreto 168/2007, de 12 de junio, sobre procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones.

En cuanto a la intervención de los sujetos privados, sean o no lucrativos, en el SAAD, las previsiones legales se limitan a establecer los mecanismos ya analizados del concierto y la acreditación como forma de depurar a los potenciales colaboradores con el SAAD y a garantizar la eficiencia, solvencia y calidad de sus actividades. No obstante, el art. 3 LD incluye entre sus principios el de la participación de la iniciativa privada y del tercer sector. Una participación que no sólo debe tolerarse sino incluso incentivarse; siquiera sea por abrir la actuación del SAAD a sujetos privados de los que el SAAD necesita para cubrir adecuadamente la demanda de servicios. Si bien el fomento de esta participación no reside tanto en la elaboración de normas que así la recojan sino en otro tipo de actuaciones (de incentivo, informativas o formativas) que la favorezcan.



Aspectos relevantes de la aplicación de las previsiones de la LD son, aunque se trata de cuestiones que sólo parcialmente son competencia autonómica, el tema del reconocimiento y la efectividad del derecho a las prestaciones. Esta cuestión ha sido regulada por el RD Ley 8/2010, de medidas excepcionales para la reducción del déficit público, conforme al cual (art. 5), el derecho se reconocerá con efectos a partir de la fecha de la resolución administrativa, negando por tanto toda eficacia retroactiva a esa resolución al vincularla, como pretendía inicialmente la LD, a la fecha de efectividad establecida en su Disp. Final Primera. La modificación de la misma por el RD Ley 8/2010 hace que esa efectividad se vincule ahora, no a la fecha prevista inicialmente de efectividad del derecho, ni siquiera a la fecha de la solicitud, sino a la fecha de resolución. Sólo que, en previsión de situaciones en las que la resolución no respete el plazo máximo de seis meses fijado por el propio RD Ley, se establece que, en todo caso, el derecho será efectivo tras el transcurso de seis meses a contar desde la presentación de la solicitud, si es que la resolución administrativa, aunque de forma tardía, reconoce el derecho.

Por último, es evidente que, para el correcto funcionamiento del SAAD se requiere un sistema de información transparente, eficaz y solvente. A este efecto, el art. 8 LD ha encomendado al Consejo Territorial la tarea de facilitar la puesta a disposición de documentos, datos y estadísticas comunes; así como su art. 37 encomienda al Ministerio competente la creación de un sistema unitario de información. Pues bien, para atender estas necesidades informativas la Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, estableció el Sistema de Información del SAAD (SISAAD). Sobre esta cuestión, que obviamente descansa sobre la base de una colaboración leal entre

Administraciones Públicas, lo que no siempre se cumple originando situaciones de falta de transparencia, ha incidido el Acuerdo del Consejo Territorial de septiembre de 2009, sobre objetivos y contenidos comunes de la información del SISAAD. Con el Acuerdo se establece el tipo de información que ha de remitirse, diferenciando entre datos de los solicitantes y datos sobre la red de centros y servicios y sobre el funcionamiento del SAAD, que se caracterizan como datos básicos y se especifican en el Anexo del Acuerdo, así como el procedimiento y la periodicidad en la transferencia de datos (mensual). Se trata de un Acuerdo peculiar, en la medida en que impone unas reglas a las CCAA que deben ser cumplidas sin que a éstas les quede otra opción que la colaboración informativa en los términos definidos por el Acuerdo.

4. Recomendaciones y conclusiones

1. La implantación de la LD se encuentra en sus primeras fases. En primer lugar, porque han transcurrido sólo tres años y medio desde la aprobación de la LD que creó el SAAD, como una forma integrada, sistemática y unitaria de abordar la protección de la dependencia. En segundo lugar, porque la propia LD ha previsto un calendario de aplicación progresiva que finalizará en el año 2014. En tercer lugar, porque la LD crea un nuevo sistema de protección social, atribuyendo al ciudadano en situación de dependencia un derecho subjetivo a la tutela; un sistema que acabará tutelando a más de un millón de personas en situación de dependencia. En cuarto lugar, la puesta en práctica del SAAD ha requerido una amplia normativa de desarrollo que afecta a cuestiones

centrales del sistema (valoración de la dependencia, características de las prestaciones, procedimientos y órganos de valoración y de dictamen, sistemas de información y de seguimiento, procedimientos administrativos específicos, fórmulas de acreditación y de control de la calidad de los servicios, etc.) que ha necesitado un cierto tiempo para su elaboración, mucho más si se tiene en cuenta que el sistema de producción normativa en materia de dependencia descansa sobre la base de la colaboración entre administraciones públicas en el seno del Consejo Territorial del SAAD. En consecuencia, la valoración que se haga de la implantación del SAAD deberá tener en cuenta estas circunstancias.

2. Pese a que la puesta en marcha del SAAD se debe a la aprobación de la LD, una ley estatal, es indiscutible que las competencias esenciales corresponden a las CCAA, por tratarse de un título competencial (el de Servicios Sociales y Asistencia Social) que les es exclusivo. El Estado interviene, pues, sólo como garante de la igualdad de las condiciones de ejercicio del derecho, mediante la aprobación de la LD y ciertas normas, escasas, de desarrollo orientadas a esta finalidad. De forma que, para una correcta implantación del SAAD es imprescindible la colaboración de las CCAA y la voluntad política de éstas de desarrollar las previsiones de la LD. Lo que la LD trata de propiciar a través del Consejo Territorial del SAAD y de los convenios de colaboración entre el Estado y cada CCAA. En cuanto al Consejo Territorial, su actividad hasta el momento, fundamentalmente en la aprobación de reglas y criterios mínimos comunes a todo el SAAD ha sido razonable, abordando muchos de los aspectos más esenciales y problemáticas de la aplicación de la LD. No obstante, hay que decir que se trata de normas que, con intensidad variable no obstante, dejan un amplio espacio de desarrollo, concreción y

detalle que demanda la intervención de la CA. El cómo éstas lo hayan cubierto, además de los resultados de su gestión, pone de manifiesto la diligencia y la iniciativa de la CA en relación con la implantación del SAAD en su territorio.

3. Con carácter general, en lo que se refiere a la CA de Andalucía, ese desarrollo ha sido desigual; correcto en algunas facetas, poco innovador en otras y particularmente escaso en las restantes. Al margen de la posterior precisión de estos momentos, puede concluirse la necesidad de un abordaje normativo más sistemático, unitario e integral; derogando e integrando normas anteriores a la LD, actualizando los contenidos de las normas vigentes a los Acuerdos del Consejo Territorial, abordando cuestiones aún problemáticas e introduciendo tratamientos unitarios en materias hoy dispersas. Pero la necesidad de reforma normativa es más global. En efecto, la vigente Ley de Servicios Sociales data de 1988, en un momento en que la protección de la dependencia no se afrontaba como una tutela de carácter integral, sobre la base de un derecho subjetivo y apoyada en procedimientos y métodos de gestión específicos. La reelaboración de la Ley, incluyendo en la misma, de forma diferenciada un apartado destinado justamente al desarrollo de la LD y a la ejecución de las competencias normativas autonómicas en este terreno, constituye así una necesidad imperiosa. En cuanto a las normas aprobadas con posterioridad a la LD, puede destacarse su carácter disperso (como lo ejemplifica el tratamiento separado y autónomo de algunas prestaciones como la de ayuda a domicilio o los centros residenciales) y la ausencia de un tratamiento más ordenado y sistemático de muchos de sus aspectos. Por otra parte, llama la atención la escasez de regulación de algunas otras prestaciones, particularmente relevante en relación con



la de cuidado familiar que se ha manifestado, contrariamente a la previsión legal, la más importante y numerosa.

4. La colaboración interadministrativa así como la transparencia de la gestión exige, sin duda un procedimiento ágil, seguro y fiable de la información sobre todos los aspectos del SAAD. Algo que el Consejo Territorial pretende forzar mediante Acuerdos que son imperativos, pero que no han dado aún un resultado suficiente. Es característico de estos primeros tiempos de aplicación de la LD la dificultad de acceder a informaciones, no ya personales (protegidas, sin duda, por las normas relativas a la protección de datos) sino institucionales, de funcionamiento y de gestión. La información accesible a nivel del Estado, a través del IMSERSO, suele contradecir a veces otros datos procedentes de otras fuentes así como los análisis y estudios en esta materia; además de ser una información muy general. La mejora de la información, su homogeneización y el establecimiento de normas acerca de la obligación de suministro y de acceso a la misma constituye una exigencia central del sistema. Que se vuelca, esencialmente, sobre cada CA, en la medida que es sobre ella sobre la que recae la tarea de gestionar el SAAD. Las necesidades expresadas se pueden afirmar en general respecto de cualquier CA, aunque con intensidad diversa según cada una.

5. Un Acuerdo reciente del Consejo Territorial ha establecido criterios sobre los órganos de valoración y el procedimiento aplicable. En lo que se refiere a la CA de Andalucía, la estructura organizativa básica está establecida y viene funcionando desde hace años, al atribuir la competencia de resolución a los órganos autonómicos pero dejando un amplio espacio de intervención a los Servicios Sociales Comunitarios, ya sean municipa-

les como provinciales. No obstante, se detectan como necesidades: la unificación del procedimiento de valoración en relación con todas las prestaciones; la posibilidad de simplificarlo (ya que ahora es dual: de valoración y de asignación del PIA) en aras de una mayor rapidez en la resolución (como ahora fuerza la reforma legal introducida por el Real Decreto-Ley 8/2010 al establecer el máximo de tiempo en el plazo de seis meses); así como la de revisar la composición (necesariamente interdisciplinar según exigencias del pertinente Acuerdo del Consejo Territorial) y las tareas de los órganos de valoración (insistiendo más en la dimensión de control y de seguimiento en la aplicación de las prestaciones, algo poco atendido en la norma y en la práctica). En la misma línea, sería necesario el establecimiento de un procedimiento de impugnación especial frente a las valoraciones de la dependencia y la fijación del PIA que no se limite a ser la aplicación de la habitual legislación de los recursos contencioso-administrativos, algo en lo que la CA puede tener alguna capacidad de decisión. En todo caso, aunque ello no sea competencia de la CA, el establecimiento de un cauce, sea administrativo o judicial, de resolución de las controversias se manifiesta como conveniente.

6. En cuanto a las prestaciones, y dejando al margen la posibilidad (hoy por hoy irreal, de establecer alguna, adicional a las generales y a cargo del presupuesto de la CA) la regulación de la intensidad de las mismas (vale decir: de su contenido específico y de su calidad) depende de cada CA, partiendo de la norma estatal (el RD 727/2007) que se refiere a ellas, si bien de forma muy general. Aunque en la CA de Andalucía se ha aprobado un Decreto con la misma finalidad que la norma estatal, se trata de una norma que reproduce la deficiencia de la norma estatal (su excesiva generalidad), además de

no integrar todas las prestaciones (es característica la regulación diferenciada de prestaciones como la teleasistencia, la ayuda a domicilio y los centros, residenciales o no) e ignorar otras (como las de tipo preventivo). Un mayor detalle y una regulación integrada y completa son exigencias relevantes. Lo anterior es en referencia, esencialmente, a las prestaciones de servicios ya que las económicas (al menos en lo que hace a su cuantía) están determinadas a nivel nacional.

7. En relación con estas últimas prestaciones destaca la pobreza de su regulación, tanto a nivel estatal como autonómico. Lo que resulta llamativo por cuanto se trata de las prestaciones (en concreto, la de cuidado familiar) más numerosas. Aunque las normas autonómicas han abordado algunos de los aspectos de esta prestación (y también lo han hecho Acuerdos del Consejo Territorial de 2009 y 2010) existe un importante déficit de regulación que deberá abordar, con detalle y precisión, todas las cuestiones relacionadas con la misma: sujetos beneficiarios, identificación del cuidador, su nivel de formación y de capacidad, circunstancias que justifican este tipo de prestación (convivencia, habitabilidad de la vivienda, capacidad del cuidador), la posible parcialidad del cuidado o el cuidado compartido (a partir de la figura del cuidador principal), control de la aplicación real y seguimiento, revisión de la prestación, etc. Por no hacer referencia a todo el conjunto de prestaciones de apoyo a la función de cuidado: informativas, formativas, de reorientación hacia la actividad profesional, de apoyo a su tarea (prestaciones de respiro) o económicas de soporte a la actividad de atención (adaptación de viviendas, prótesis, ayudas económicas de diverso tipo). Algo semejante sucede con la prestación de asistencia marginal, bien definida pero discutiblemente aplicada, respecto de la cual se suscitan cuestiones que sólo se

han abordado tangencialmente por las normas autonómicas.

8. En cuanto a la incompatibilidad de prestaciones, se trata de una materia poco y mal abordada a nivel estatal y que requiere un desarrollo en el ámbito autonómico. Que se ha producido pero de forma simplificada y muy esquemática, previendo sólo algunas de las posibilidades lógicas de compatibilidad de prestaciones y sin tener en cuenta la conexión de estas prestaciones económicas como la de cuidado familiar y asistencia personal, con otras de servicios, fundamentalmente de ayuda a domicilio o de centros de día y de noche. Dichas normas tampoco tienen en consideración la hipótesis, poco presente en los desarrollos normativos, de la existencia de varios cuidadores que comparten la tarea.

9. La intervención de sujetos privados en el SAAD puede tener lugar desde dos posiciones. En primer lugar, integrándose en el mismo mediante concierto; y, en segundo lugar y de forma más autónoma, ofreciendo servicios de atención a la dependencia que puedan ser adquiridos mediante la prestación económica vinculada al servicio o, directamente, contratando esos servicios el ciudadano al margen del SAAD y con cargo a sus propios recursos. En todo caso, esta intervención privada, lucrativa o no, se basa en el principio de participación que la LD establece. Pero que requiere mecanismos públicos de control de la calidad de tales prestaciones, sobre todo de las que se integran en la red del SAAD. Este control se realiza mediante las acreditaciones que es el instrumento que los poderes públicos ponen en marcha para garantizar la calidad. Si bien existe un Acuerdo del Consejo Territorial al respecto, las CCAA tienen un amplio margen de precisión de estas exigencias y acerca del procedimiento de acreditación. El cual ha sido ya



regulado por la CA de Andalucía pero que requeriría una revisión adecuándolo a las exigencias del Acuerdo. Por otra parte, el fomento de la participación de la iniciativa privada en el ámbito del SAAD reclama otras medidas, no necesariamente normativas, como son el apoyo a la cualificación de los prestadores profesionales de servicios y un control más directo de las entidades y empresas que los prestan, incluyendo, lo que suele olvidarse por la norma, el que muchos de esos prestadores profesionales de servicios tienen la consideración de trabajadores autónomos. Por supuesto que la unificación y actualización de los procedimientos de acreditación es una necesidad a no desdeñar.

10. Otra de las dimensiones del SAAD que requiere una regulación integrada y completa de la que carece es lo relativo a la participación del beneficiario en el coste de la prestación mediante el que se ha venido a calificar como copago. De nuevo, un Acuerdo del Consejo Territorial de 2008 ha abordado este tema en sus dos aspectos: cómo determinar la capacidad económica del beneficiario y el establecimiento del grado de participación en el coste del servicio (o, equivalentemente, la reducción que debe soportar en cuanto a las prestaciones económicas). La existencia de normas en la CA de Andalucía no deja de estar afectada por esa tendencia a la dispersión por prestaciones que no supone, desde luego, ese tratamiento integral que se reclama. En lo concreto, todavía, la fijación de la capacidad económica del beneficiario ha recibido una respuesta más o menos suficiente (aunque siempre mejorable), lo que no sucede con lo relativo a la participación en el coste de la prestación. Aquí el Acuerdo del Consejo Territorial es lo suficientemente flexible como para permitir un relativamente amplio espacio de maniobra a las CCAA. Lo que ha sido sólo relativamente aprovechado por la CA de

Andalucía, requerida seguramente a establecer normas generales y comunes en ambas dimensiones de la participación del beneficiario en el coste de la protección.

11. Finalmente, y como se ha indicado antes, el SAAD, en su actuación en la CA de Andalucía se apoya fuertemente en la actividad de los Servicios Sociales Comunitarios que son de titularidad municipal o de otros entes locales (diputaciones). En Andalucía, esta participación se basa en la Ley de Servicios Sociales de 1988, si bien, conforme a lo establecido en el art. 192 del EAA, referido a las haciendas locales, recuerda la existencia de una tutela financiera a cargo de la CA. Mucho más cuando la función de tutela de la dependencia descansa en una organización autonómica que delega, por razones de eficacia y proximidad al ciudadano (tan esencial en este tipo de prestaciones sobre todo cuando se trata de la comprobación y del seguimiento de la aplicación de las mismas) muchas de sus tareas. En consecuencia parece necesario que, en el marco de la normativa estatal en materia de régimen local, la CA aborde una regulación, de nuevo unitaria e integral, de las funciones que se delegan en los entes locales y, particularmente en el terreno de la dependencia. Una delegación que necesariamente ha de ir acompañada de la dotación de los fondos necesarios para ponerla en práctica, no dependiendo, como hasta ahora, de sucesivos convenios de colaboración entre la CA y los municipios, sino dotando a esas entidades locales de los recursos necesarios para realizar eficientemente su tarea.

Anexo I. Normas estatales y autonómicas

Existen normas muy importantes de ámbito estatal, dejando al margen la propia LD, normalmente aprobadas en el seno del Consejo Territorial. Tales normas son: el RD 504/2007, de 20 de abril, que aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia; el RD 614/2007, que establece el nivel mínimo de protección del SAAD garantizado por la Administración General del Estado; el RD 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia; el RD 727/2007, de 8 de junio, sobre intensidades de la protección y cuantía de las prestaciones económicas de la LD, así como los RRDD que, anualmente, determinan, tanto la cuantía, para cada ejercicio, de las prestaciones económicas, como el nivel mínimo de protección garantizado, también cada año, por el Estado a los beneficiarios del SAAD. Sin que pueda dejar de prestarse atención a lo establecido en el RD Ley 8/2010, de 20 de mayo, de medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

En lo que se refiere a los Acuerdos adoptados en el seno del Consejo Territorial, pueden citarse: Acuerdo de 22 de enero de 2007, sobre valoración de la situación de dependencia; Acuerdos, de 27 de noviembre de 2008, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD y sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y de los criterios de participación de éste en las prestaciones del SAAD; Acuerdos, de 22 de septiembre de 2009, sobre criterios comunes de acreditación en materia de formación e información de cuidadores no

profesionales y sobre objetivos comunes de la información del Sistema de Información del SAAD; Acuerdos, de 25 de enero de 2010, para mejora de la calidad de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar del SAAD y sobre órganos y procedimientos de valoración de la dependencia.

En cuanto a las normas autonómicas pueden destacarse las siguientes: Orden de 23 de abril de 2007, por la que se aprueba el modelo de solicitud del Procedimiento para el Reconocimiento de la Situación de Dependencia en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración; Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las Prestaciones y la Gestión de las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía; Orden de 1 de octubre de 2007, por la que se aprueban los modelos de informe social, trámite de consulta y propuesta de programa individual de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en Andalucía; Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía; Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de reglamento de régimen interior de los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia que formen parte del



sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía; Orden de 7 de marzo de 2008, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de contabilidad de las prestaciones y la Gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de ayuda a domicilio; Orden de 4 de septiembre de 2008, por la que se crea la Comisión Técnica para la elaboración del Plan Integral de Atención a menores de tres años en situación de dependencia en Andalucía 2009-2012; Orden de 22 de septiembre de 2008, por la que se modifican la Orden de 5 de noviembre de 2008, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Orden de 6 de abril de 2009, por la que se modifica la Orden de 3 de agosto de 2007, que establece la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007 por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía; Acuerdo de 24 de noviembre de 2009, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen los criterios y se distribuyen créditos entre Ayuntamientos de municipios con población superior a 20.000 habitantes y Diputaciones Provinciales al objeto de financiar la atención a las personas en situación de dependencia.

Anexo II. Abreviaturas utilizadas

CA:	Comunidad Autónoma
CE:	Constitución Española
CCAA:	Comunidades Autónomas
EAA:	Estatuto de Autonomía para Andalucía
IMSERSO:	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
LD:	Ley de Dependencia
PIA:	Plan Individualizado de Actuación
SAAD:	Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
SISAAD:	Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia

Bibliografía

AAW. *Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales en España, Ciudad real, 2010.

González Ortega, S. (dir.). *La protección social de las personas dependientes*, LaLey, Madrid, 2004.

González Ortega, S. (dir.). *La aplicación de la Ley de Dependencia en Andalucía*. Consejo Andaluz de Relaciones Laborales-Mergablum, Sevilla, 2008.

González Ortega, S (dir.), *El Estatuto Jurídico del Cuidador Informal*, Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, 2009.

Monográfico de la Revista *Temas Laborales*, 89/2007.

Monográfico de la Revista *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 60/2006.

Roqueta Buj, R. *La protección de la dependencia*. Tirant lo Blanch, Valencia, 2007.

Sempere Navarro, A. y Cavas Martínez, F., *La Ley de Dependencia*, Aranzadi, 2007.

Conclusiones

Óscar David Marcenaro Gutiérrez

Conclusiones

Óscar David Marcenaro Gutiérrez

Profesor de Economía Aplicada-Universidad de Málaga
Investigador de Economía-Centro de Estudios Andaluces

Las aportaciones realizadas en las páginas previas por Francisco Javier Torrubia Romero, José Jesús Martín Martín y Santiago González Ortega, subrayan algunos de los aspectos fundamentales sobre los que las políticas socio-sanitarias tendrán que seguir incidiendo en el corto, medio y largo plazo para apuntalar aún más los pilares del Estado del Bienestar del que la sociedad andaluza disfruta. En lo que sigue se resumen los elementos fundamentales del debate planteado en esas tres aportaciones, cumplimentándolas con las cuestiones claves que se plantearon durante la sesión de trabajo desarrollada en la Fundación Pública Centro de Estudios Andaluces en Octubre de 2010. Pese a que la complejidad de los temas tratados y su transversalidad dificultan que las discusiones planteadas por los tres relatores se puedan analizar de forma independiente, haremos, en lo que sigue, un esfuerzo de síntesis para mostrar las conclusiones fundamentales alcanzadas respecto a los contenidos desarrollados en las tres aportaciones.

Comenzaremos por la contribución realizada por Francisco Javier Torrubia, quien en su análisis destaca el esfuerzo realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante la puesta en marcha –por parte de la Consejería de Salud- de los planes de calidad, por

situar al ciudadano en el centro del sistema sanitario, tratando a su vez de establecer un modelo de gestión basado en la calidad, la accesibilidad, la igualdad y la eficiencia de los recursos disponibles; estos principios se están consolidando en la actualidad y están permitiendo importantes mejoras de eficiencia en el uso de los recursos públicos. El Dr. Torrubia enfatiza la importancia de un uso racional óptimo de los recursos disponibles, especialmente teniendo en cuenta la enorme importancia relativa de la partida de gasto sanitario en los presupuestos de la Comunidad Autónoma andaluza, en la que el crecimiento del gasto sanitario ha sido una constante en la última década. Sirva como ejemplo de la mejora de eficiencia que se está produciendo en el sistema sanitario andaluz, la reducción de casi un 7 % en los gastos de farmacia que se ha logrado en el último año en uno de sus hospitales de referencia —el Hospital Universitario Virgen del Rocío—. No obstante del debate suscitado por esta cuestión se infiere la falta de una adecuada educación cívica respecto al uso por parte de la ciudadanía de los servicios públicos, cuestión que es clave en palabras de Agustín Ortega. Es necesario mentalizar a la población del elevado coste que lleva aparejado la atención socio-sanitaria para, entre todos, lograr un sistema eficiente.



En cuanto a los métodos de gestión aplicados, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha apostado por la gestión por competencias, que gira en torno al desarrollo profesional, integrando en la estrategia de gestión por competencias la formación pregrado, postgrado y continuada. En el ámbito de la formación pregrado se insiste en la necesidad de que el profesional sanitario sea evaluado en el momento de su contratación en función de las competencias ya adquiridas, que serán fomentadas en el desarrollo de su actividad profesional. No obstante, sigue existiendo mucha reticencia por parte de los sindicatos a la vinculación de la contratación a las competencias ya adquiridas. Respecto a la formación continuada parece haberse asumido que es financiada principalmente por iniciativas privadas (industria sanitaria), que no debe considerarse como una deficiencia del sistema sino como parte de las sinergias entre el sector público y privado, tal como subraya Agustín Ortega. Una cuestión importante en este sentido es la generalización de un Sistema de Acreditación (con cuatro programas distintos), que ha logrado acreditar desde el comienzo de su funcionamiento (2003) a la mayoría de los centros y profesionales sanitarios, y que ha partido en su definición de lo que los propios profesionales consideran necesario para la adecuada atención a los pacientes. La extensión de un sistema de incentivos, dentro de los cuales la acreditación forma parte y del que el reconocimiento de la actividad del profesional sanitario por sus compañeros y por sus pacientes es una cuestión esencial, también favorecerá la retención de los profesionales más cualificados, que en cualquier caso deben ser seleccionados teniendo en cuenta las necesidades de especialistas que la demanda sanitaria requiere, y siempre atendiendo a los principios de méritos-igualdad-capacidad en la selección de los mismos. Esa gestión por competencias se ha visto comple-

mentada con la gestión por procesos, que ha permitido homogeneizar criterios de atención a los pacientes, en otras palabras ha permitido definir con claridad quien debe hacer cada tarea asistencial, cómo y cuando, mejorando así la eficiencia del sistema.

Una de las cuestiones centrales al debate surgido en torno a la aportación de este relator son las dificultades a las que se enfrenta el servicio de urgencias sanitarias, tal como plantea, entre otros, Francisco Moreno. Para el Dr. Torrubia la profesionalización del facultativo de urgencias supone una dificultad más que una ventaja para la mejora de la gestión de las urgencias sanitarias, dado que esa no movilidad del personal de ese servicio lo lleva a un elevado nivel de cansancio y desmotivación tras cierto tiempo en un servicio de tan enorme nivel de exigencia.

La aportación de Francisco Torrubia concluye con un resumen de las medidas que pueden contribuir a mejorar el modelo de gestión, contribuyendo así a su sostenibilidad. Entre éstas destaca la necesidad de delegar progresivamente competencias en las unidades clínicas, estableciendo incentivos no sólo económicos para el adecuado desarrollo de sus funciones. En cuanto a las relaciones entre niveles asistenciales subraya que el área integrada no parece resolver las dificultades en éste ámbito, apoyando la creación de “grandes áreas sanitarias” como espacio eficiente para la planificación y organización de los recursos sanitarios. Al igual que se realiza en otros muchos sectores, estas grandes áreas pueden traer consigo importantes economías de escala, especialmente desde el punto de vista de la disponibilidad de profesionales bajo una misma gestión, facilitando así su coordinación respecto al paciente, y el ahorro en los costes de provisión de recursos clínicos.

También pueden resultar en mejoras de la eficiencia del sistema la separación de las funciones de gestión logística y operativa, el desarrollo de la denominada salud electrónica, así como la integración de las TICs en la creación y gestión de un historial de salud único para cada persona. Igualmente apuesta por una mayor transparencia en los acuerdos que unan los servicios sanitarios con la industria y la investigación de forma integrada con un objetivo común: mejorar la salud de los ciudadanos y ciudadanas. El Dr. Torrubia resalta la importancia del historial único de salud, que está en fase muy avanzada de implantación, de hecho se ha comenzado la fase de conexión de módulos –que tiene como primera etapa la incorporación del módulo de urgencias, que va a conectar la información de éstas con el hospital y el centro de atención primaria- y que va a suponer una mejora en la atención personalizada a los ciudadanos. En relación a este punto Francisco Moreno señala que la tele-asistencia es una herramienta muy poderosa que está generando frutos muy positivos en el ámbito de los servicios sociales. Sin embargo, este experto echa en falta en el actual contexto una mayor conexión entre sanidad y servicios sociales, puesto que ambos mundos deben formar parte de un todo: no se puede entender una atención adecuada al paciente si al abandonar el centro sanitario no se ponen a su disposición los servicios sociales necesarios que complementen su atención. De ahí que el profesor Martín hable de servicios sanitarios para referirse a la sanidad. Este elemento es resaltado a lo largo de todo el debate, al igual que se aboga de forma consensuada por la mayor implicación de los ciudadanos en la gestión de los recursos socio-sanitarios, que debe llevar a estos a estar más representados en los consejos de administración de los centros hospitalarios, como forma de conectar a la ciudadanía y al sistema sanitario.

Por último, se planteó la oportunidad de la interacción con el sector sanitario privado como forma de aumentar la eficiencia del sistema, a lo que se respondió que la experiencia demuestra que no siempre esa interacción iba acompañada de una reducción de los costes.

Respecto a esto último, gestión y evaluación de costes sanitarios, se plantea la contribución del profesor José J. Martín, que comenzó su aportación discutiendo la importancia relativa de los importantes cambios demográficos que están aconteciendo en la población andaluza, y en el resto del país, y que tiene una de sus manifestaciones claves en el envejecimiento de la población. En su revisión de los estudios existentes concluye que pese a la relevancia de este fenómeno su repercusión debe cuantificarse en un crecimiento de los gastos sanitarios no superior al 10-15 %, lo que le hace relativizar su impacto sobre el modelo de financiación sanitario. De hecho algunos investigadores consideran que el envejecimiento no altera de forma apreciable el gasto sanitario, al igual que ocurre con la potencial influencia de la descentralización territorial de la sanidad. En cambio sí parece haber cierto acuerdo respecto a la influencia sobre el crecimiento del gasto sanitario de los precios relativos de los inputs, el cambio tecnológico, las nuevas prestaciones, la mayor utilización de servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico. No obstante, no parece cuestionable que la intensidad de tratamiento de los problemas de salud de las personas mayores será una de las principales causas del crecimiento del gasto sanitario público.

No es previsible que en los próximos años las tasas de crecimiento del gasto sanitario público sean sustantivas, lo que puede provocar tensiones en el Servicio Sanitario Público de Andalucía para atender sus demandas.



Esto supondrá un cierto freno al gran esfuerzo llevado a cabo —tal como subraya Agustín Ortega— en cuanto a las políticas de expansión de la oferta sanitaria que han caracterizado la primera mitad de ésta década.

Entre las recomendaciones de José Martín resaltamos la necesidad de modificar el diseño institucional y organizativo del SSPA para atender eficientemente las necesidades que el envejecimiento poblacional y el predominio de las enfermedades crónicas acarrea. Además, para corregir las desigualdades sociales en salud entre CCAA debería crearse un Fondo de Igualdad del Sistema Nacional de Salud, ante la existencia de un “gradiente social en salud”, es decir, la existencia de una correlación positiva entre estatus económico y sanitario. De ahí que plantee la conveniencia de realizar cambios en el sistema actual de copago farmacéutico que debe vincularse al nivel de cotización y/o nivel de renta de los usuarios del sistema sanitario, sin embargo duda de la eficacia de la implantación de un sistema de copagos no farmacéuticos.

Por último, el profesor Martín apuesta por la creación de una Agencia Estatal de Calidad y otra de información independientes, esta última dedicada a proporcionar datos que permitan evaluar la realidad del sistema sanitario; además de defender la necesidad de una planificación centralizada de los recursos humanos, para evitar el “robo” de profesionales entre comunidades.

Como señala el profesor Martín uno de las tendencias demográficas más relevantes en el futuro próximo es el envejecimiento de la población, lo que está haciendo crecer la tasa de dependencia en Andalucía a gran velocidad. Esta cuestión se ha convertido en uno de los ejes claves sobre el que las políticas sociales están in-

ciendo y tendrán que seguir haciéndolo en el medio y largo plazo. Con independencia de la estimación que se pueda realizar del impacto sobre los gastos sanitarios del envejecimiento de la población, lo que sí parece incontestable es que el aumento de la tasa de dependencia requiere de profundos cambios en los sistemas de atención a nuestros mayores. Como consecuencia del reconocimiento de este hecho y la necesidad de regular esta compleja casuística surge la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Ley 39/2006), que es analizada en la aportación realizada por el profesor Santiago González, evaluando por extensión en qué estadio del desarrollo de esta ley nos encontramos en Andalucía, y los principales obstáculos que tendremos que sortear en el futuro para consolidar este cuarto pilar del Estado de Bienestar.

Un asunto clave respecto a la realidad de la situación respecto al nuevo modelo de atención a la dependencia en Andalucía —y el resto de España— es el recogido en la Disposición Final primera de la Ley de Dependencia, que establece un calendario de aplicación progresiva que debe culminar en 2014. No obstante, ya a comienzos de Junio de 2010 la proporción de la población andaluza en situación de dependencia con derecho a protección ya reconocido asciende al 1,95 %, lo que constituye la cifra más alta del territorio nacional, a pesar de que la cifra de personas clasificadas como “grandes dependientes” que han sido identificadas ha sido muy superior a la inicialmente prevista cuando se puso en marcha el SAAD. Nadie parece cuestionar el enorme esfuerzo que se ha hecho en Andalucía respecto a este tema, sin embargo hay aspectos que en opinión del profesor Santiago González, y el resto de expertos participantes en este proyecto, deben ser mejorados. Así, una característica fundamental del sistema actual

de atención a la dependencia es la de que las prestaciones reconocidas son mayoritariamente las correspondientes a cuidados por parte de familiares del dependiente, a pesar de que la Ley de Dependencia recogía este tipo de prestaciones como algo excepcional. Los expertos presentes en el debate señalan el ahorro en costes que supone el reconocimiento de prestaciones a cuidadores familiares frente a la contratación externa como la razón fundamental para la alta proporción de prestaciones concedidas en esta dirección. Por tanto, la prestación económica por asistencia personal requiere una regulación más completa, para evitar que su papel se desdibuje. Además Francisco Moreno señala que hay que tomar en consideración que las peticiones en la mayoría de los casos son de prestaciones económicas para el cuidado por el entorno familiar, por cuanto la persona objeto de los cuidados suele preferirlo así. Por otro lado el profesor Santiago González enfatiza en la necesidad del control a posteriori (una vez concedida la prestación) de las circunstancias del dependiente, especialmente en el caso de los cuidadores y cuidadoras no formales, incidiéndose en el debate en la fuerte feminización de los cuidadores, y las consecuencias que de ello se pueden derivar en términos de igualdad entre géneros.

Para lograr un alto grado de eficacia en la implantación del SAAD se hace imprescindible la mejora de la información, que es fundamental para su evaluación y, por tanto, para la mejora en el futuro del sistema. En el caso de la información se resalta la falta de transparencia de algunas comunidades autónomas en desvelar su situación en este tema, aunque afortunadamente no es el caso de la Comunidad Autónoma andaluza.

Otros aspectos que se consideran necesarios para el perfeccionamiento del sistema de atención a la dependencia son la necesidad de unificación del procedimiento de valoración en relación con todas las prestaciones, y la posibilidad de simplificarlo (para hacerlo más ágil), y regular tanto la intensidad de todas las prestaciones económicas, como a quienes deben ir destinadas las prestaciones, así como la adecuada identificación del cuidador, y de su nivel de formación y capacidad.

Igualmente, se detectan ciertas lagunas en la regulación de las funciones que se delegan en los entes locales en materia de dependencia, y se lamentan los expertos de la falta de calidad en muchos casos de las empresas privadas de atención domiciliaria y del escaso papel que las organizaciones no lucrativas han adoptado, a pesar de que se reconoce a éstas la posibilidad de participar en la atención a los dependientes.

Un necesario corolario del debate planteado es que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) al que dio lugar la Ley de Atención a la Dependencia sólo lleva algo más de 3 años en funcionamiento, por lo que resulta difícil valorar su andadura hasta el momento. Además su puesta en marcha ha requerido una amplia normativa de desarrollo que ha conllevado tiempo en su elaboración. Sin embargo, las líneas apuntadas por el profesor Santiago González pueden contribuir a que el cumplimiento de los plazos establecidos en la ley se culminen con un alto grado de éxito.

agend  2012



Centro de Estudios Andaluces
CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA