



|| Plan de Actuaciones
Estratégicas
Provincia de Málaga

➤ Dictamen
Salud

DICTAMEN DE SALUD EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA 2010

Autor:

Gonzalo Aranda Pérez

Edita:

Fundación MADECA

C/Pacífico 54

Edificio B de la Diputación de Málaga

Planta Baja

29004 Málaga (España)

www.fundacionmadeca.es

info@fundacionmadeca.es

“No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo”.

” **Albert Einstein.**

Este documento genérico describe algunas de las características básicas de la sanidad malagueña y proporciona a la ciudadanía, desde la perspectiva de la **Fundación Madeca**, rasgos evolutivos, situación actual y orientación del sistema sanitario público en la provincia. Se complementa con una visión de las tendencias del sector privado y las expectativas de los actores, planteando una serie de líneas de acción y objetivos asociables a los escenarios en relación con el Sistema Nacional de Salud en la provincia de Málaga.

ÍNDICE

CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR SANITARIO EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA ACION ACTUAL.	3
LA POBLACIÓN ASISTIDA POR LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA.....	5
BIENESTAR TENDENCIAS GENERALES DEL SECTOR SANITARIO EN LA PROVINCIA DE MALAGA	10
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA..	16
RECURSOS SANITARIOS EN LA PROVINCIA DE MALAGA.....	19
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.	21
 ATENCIÓN ESPECIALIZADA	24
RED PROVINCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES.....	27
EL SECTOR PRIVADO SANITARIO EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA.....	29
EL CIUDADANO Y LA SOCIEDAD DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES. NUEVOS CANALES Y LINEAS ASISTENCIALES	32
ANÁLISIS DAFO DEL SECTOR SANITARIO EN LA PROVINCIA.....	33
IDEAS FUERZA ASOCIABLES Y OBJETIVOS DERIVADOS	35
LINEAS DE ACCION ESTRATEGICAS Y OBJETIVOS.....	39
CONCLUSIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48

CARACTERÍSTICAS DEL SECTOR SANITARIO EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

Evolución , situación, análisis y prospectiva.

La provincia de Málaga, además de ser destino turístico, se ha configurando como un punto estratégico en la geografía nacional a nivel tecnológico, universitario y empresarial, entre otras razones porque dispone de buenas comunicaciones, uno de los parques tecnológicos en desarrollo más relevantes del país, cuenta con una universidad pública de prestigio, excelentes servicios básicos de alto valor añadido, como los sanitarios y una ubicación estratégica respaldada por un nuevo aeropuerto con múltiples destinos internacionales.

Estos elementos facilitan que un importante número de profesionales, empresas, estudiantes universitarios europeos, servicios e industrias del sector tecnológico estén eligiendo Málaga como centro de sus operaciones. La consecuencia inmediata de todo ello es una actividad no sólo económica, sino también empresarial y de servicios de alto valor añadido, ligadas por la combinación definida a través de la fórmula:

[conocimiento + innovación + calidad de vida].

Los servicios sanitarios, -objetivo de este informe- tanto públicos como privados, representan un sector muy ligado y relacionado con estas características, además de estar en relación con un bien superior la salud, prioritario para los ciudadanos y que constituye uno de los ejes centrales de las políticas protección social y de servicios colectivamente financiados.

En este sentido, parece evidente que la accesibilidad a la provisión de servicios para los ciudadanos sea una prioridad y por esta razón la sociedad destine grandes cantidades de recursos económicos. A ello se añade sus características organizativas de financiación pública vía impuestos, acceso universal, gratuito y calidad de sus servicios, lo cuales generan a su vez externalidades con enormes beneficios para el conjunto de la sociedad.

Sin embargo, en los servicios sanitarios están apareciendo fuertes tensiones, principalmente relacionadas con su sostenimiento, el fenómeno generalizado del envejecimiento poblacional, la demanda de una mayor intensidad tecnológica y una atención basada en procedimientos diagnósticos rápidos y tratamientos poco invasivos, que están incidiendo en la satisfacción de los ciudadanos.

La provincia de Málaga no es ajena a estas tensiones y el desarrollo estratégico de servicios ha de ser configurado, en sus elementos claves, desde la perspectiva y escenarios posibles de la provincia. Cualquier iniciativa de naturaleza prospectiva, conviene que tenga un pie de apoyo en el presente y otro en el pasado

Para la sociedad malagueña, al igual que en el resto del país, la salud junto con la educación, las pensiones y los servicios de protección social, son en estos momentos de crisis una de las principales preocupaciones, lo que provoca la exigencia a los poderes públicos garantías de mantenimiento y accesibilidad a un sistema que hasta ahora ha sido, en general, satisfactorio y solvente para atender las necesidades de los ciudadanos.

En el cuadro siguiente podemos observar como desde 1980 en esta provincia ha multiplicado por seis el numero de centros de atención primaria, por tres el numero de hospitales y la esperanza de vida del hombre y la mujer malagueños ha mejorado en 5 años y la mortalidad infantil se ha dividido por 3 por cada 1000 niños nacidos en Málaga.

MÁLAGA						
PROTECCIÓN Y BIENESTAR SOCIAL	Dato inicial	Año inicial	Dato final	Año final	Tasa anual media acumulativa	Fuente
Médicos colegiados por 1.000 habitantes	1,81	1980	4,13	2008	2,99	INE
Diplomados de enfermería colegiados/ 1.000 habitantes	2,47	1980	3,06	2008	0,77	INE
Centros de atención primaria	32	1986	178	2008	8,11	Consejería Salud- SAS
Hospitales generales públicos y privados	8	1980	25	2008	4,15	Consejería Salud- SAS
Esperanza de vida del hombre	71,0	1980	76,5	2007	0,28	I.E.A.
Esperanza de vida de la mujer	77,0	1980	82,4	2007	0,25	I.E.A.
Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos	12,06	1980	4,03	2008	-3,84	INE -
Pensiones contributivas Seguridad Social (miles)	96,5	1982	222,6	2009	3,14	Mº Trabajo e Inmig.
Importe medio € mensual pensiones contributivas S.S.	412,2	1982	715,6	2009	2,06	Mº Trabajo e Inmig.
Porcentaje de mayores de 74 años que viven solos	9,78	1980	23,42	2009	3,06	IEA microdatos EPA
Trabajadores eventuales agrarios subsidiados	16.230	1984	12.329	2008	-1,14	Mº Trabajo e Inmig.

Fuente: IEA Consejería Economía y Hacienda. 2008

En este sentido, el sistema público de protección a la salud mantiene el tipo, planteando proyectos de mejora de la accesibilidad y la provisión de unos servicios que cada vez son más caros, más complejos y de alta consideración por parte de la sociedad.

Pero un estado de salud favorable y óptima exige, no sólo de medidas promovidas por los poderes públicos, también es necesaria la responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud y su inserción participativa en la realidad social.

En este sentido, conviene estar atentos a cambios del entorno, incorporando las expectativas ciudadanas que en relación con los avances científicos y la innovación permita mantener una oferta óptima ajustada a necesidad y garantizar la viabilidad económica de unos servicios hasta ahora valorables como eficientes y legitimados.

Como anexo al documento se encuentra las fuentes de información utilizadas. Aunque fueron solicitados algunos índices comparativos internos de la provincia en relación entre las diferentes Comarcas de la misma, el carácter genérico y la permeabilidad asistencial de los servicios, en escenarios de libre elección de profesional y centro sanitario unidos a las dificultades de los sistemas de información para obtener indicadores internos que permitan

análisis comparativos y tendencias lamentablemente no han sido recogidos en el informe. No obstante, se señalan algunas referencias comparativas en relación con recursos adscritos y accesibilidad en relación con servicios básicos.

LA POBLACIÓN ASISTIDA POR LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA.

Conocer la población y algunas de sus características forman parte esencial de cualquier planteamiento prospectivo o de tendencia que pretenda acercarse al futuro de cómo evolucionaran servicios, -esenciales como son los sanitarios- que además se planifican y evalúan en base a criterios demográficos y sobre los que la estructura poblacional es determinante en la demanda y utilización de los mismos.

Según datos provisionales del Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2010 en la provincia de Málaga residen 1.606.322 personas que suponen el 19,2 % del total de Andalucía, siendo la segunda provincia por peso relativo y volumen absoluto de población empadronada.

Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2010. Datos provisionales Población de Andalucía por provincias				
	Hombres	Mujeres	Total	%
Provincias				
Almería	357.504	336.725	694.229	8,31
Cádiz	612.930	623.416	1.236.346	14,8
Córdoba	395.265	409.250	804.515	9,63
Granada	450.872	460.729	911.601	10,91
Huelva	256.975	259.870	516.845	6,19
Jaén	332.167	336.860	669.027	8,01
Málaga	792.201	814.121	1.606.322	19,23
Sevilla	939.211	975.747	1.914.958	22,92
Total Andalucía	4.137.125	4.216.718	8.353.843	100
Fuente: INE				

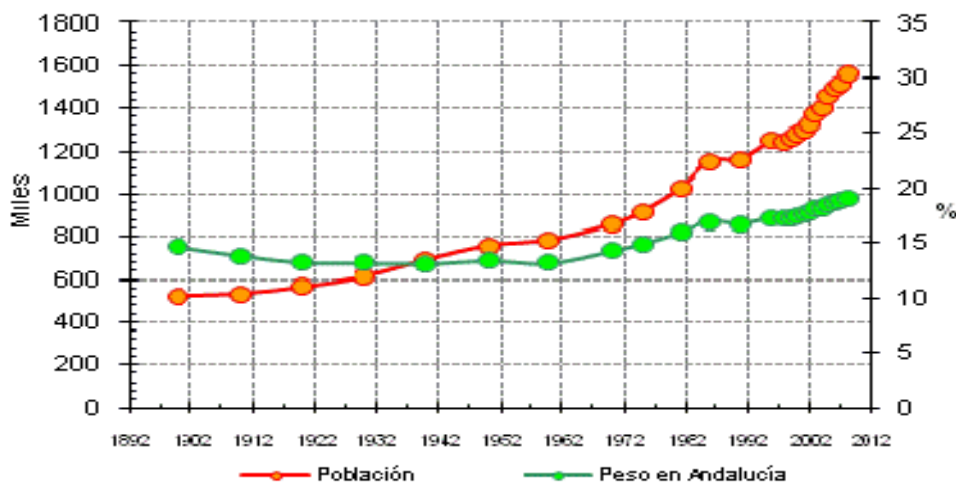
A lo largo del siglo 20 esta provincia ha triplicado su población, en el año 1.900 contaba con 520.429 habitantes, y ha mantenido su crecimiento a lo largo de todo el período, con un fuerte empuje en la década de los setenta y nuevo repunte, que continua, desde principio de los 90.

De cómo gana peso la población de Málaga en los últimos años, en términos absolutos y relativos, en el conjunto de la Andalucía ilustra el dato siguiente: de los diez municipios andaluces que más porcentaje de población han ganado en la década 1999/2009, siete pertenecen a la provincia de Málaga; Si esta comparativa se amplía a los 20 primeros de la región que más crecen, serian entonces 13 los municipios de la provincia de Málaga los que más han crecido en este periodo.

	MUNICIPIOS	2009	1999	Crec. Abs	Crec. Relat.
1	BENALMADENA	58.854	30.059	28.795	48,9%
2	Roquetas de Mar	82.665	42.333	40.332	48,8%
3	MIJAS	73.787	39.302	34.485	46,7%
4	RINCON VICTORIA	38.666	21.721	16.945	43,8%
5	ALHAURIN TORRE	35.114	20.192	14.922	42,5%
6	TORREMOLINOS	65.448	39.068	26.380	40,3%
7	Nijar	26.516	16.083	10.433	39,3%
8	CARTAMA	21.313	13.004	8.309	39,0%
9	El Ejido	84.227	51.485	32.742	38,9%
10	ESTEPONA	65.592	40.552	25.040	38,2%

Fuente: INE 2009, 1999

Este crecimiento sostenido tiene como consecuencia que, mientras en 1970 la población de Málaga representaba el 13,0% de la región y el 2,5% de España, actualmente, datos 2009, la población de Málaga supone el 19,23% de Andalucía y el 3,6% del estado español.

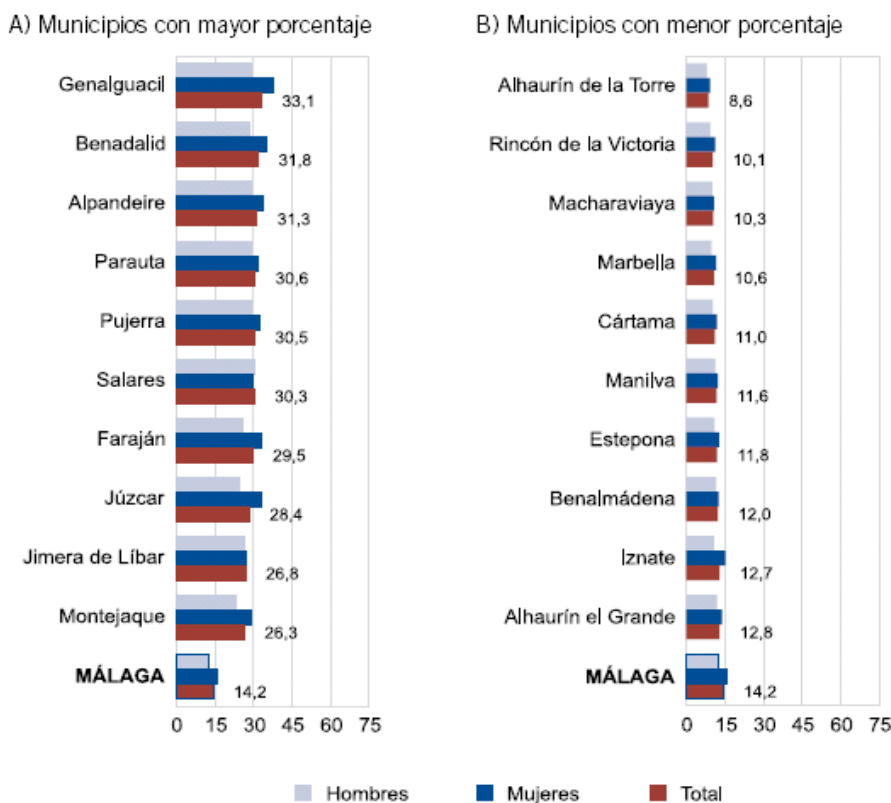


En el gráfico anterior podemos ver como desde finales del siglo pasado, recientemente y en proyección, se destacan aun más las diferencias en las tasas de variación poblacional desde los primeros años de la actual década. Así la provincia de Málaga entre los años 2004 y 2008 tuvo una tasa promedio de crecimiento medio anual por cada 1000 habitantes superior en 10,8 puntos a la media anual andaluza y 10,4 por encima de la media de España..

En Málaga, al igual que en el resto de España y países de la UE el fenómeno del envejecimiento y crecimiento de las personas mayores es un elemento central del análisis de tendencia de la población.

El envejecimiento de la población en esta provincia tiene una característica destacada que es su evolución demográfica relativamente reciente en Málaga, así en el año 2007 un 14,2% de personas tenían más de 65 años, a pesar del fuerte crecimiento de la población joven. No obstante, este nivel es relativamente reducido en comparación con España, 19,0%.

**Envejecimiento de la población municipal. 2007.
Porcentaje de población de 65 años y más**



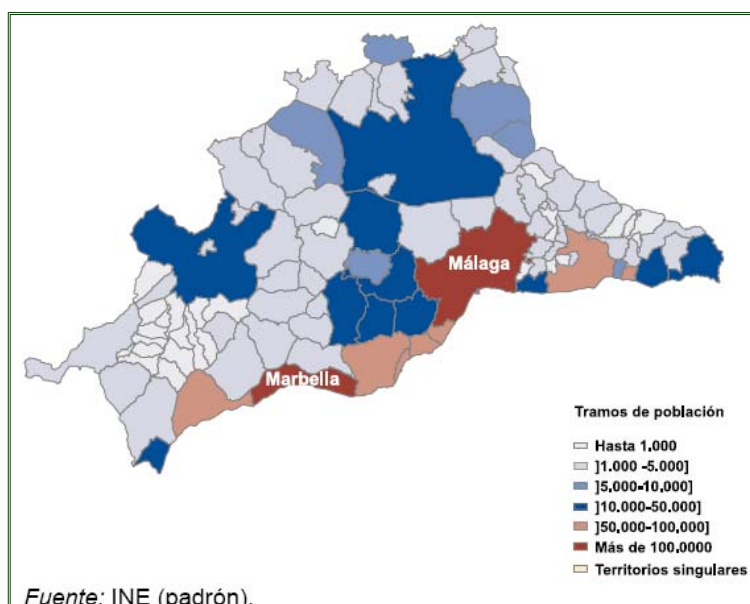
Fuente: INE (padrón).

En todas las comarcas de la provincia la estructura por edades de la población viene transformándose muy significativamente, de forma que la infancia y la juventud ceden peso relativo a los grupos de edad más avanzada. La población envejece, al igual que la Andalucía y el resto de país, por dos razones positivas. Una sería el aumento de la supervivencia y la otra el control de la natalidad de la última década.

El envejecimiento constituye un fenómeno que debe analizarse más allá de su componente demográfico. Conocer los rasgos sociológicos de este grupo poblacional nos ayuda a conocer y entender la situación, analizar con objetividad y desarrollar aspectos estructurales en línea con las tendencias de cambio de los diferentes modos que existen de envejecer de la sociedad variada y compleja que conforma la provincia de Málaga.

En la provincia de Málaga, la población tiende a concentrarse en determinadas zonas que presentan algún tipo de atractivo, bien por su localización geográfica bien por su actividad económica. En el transcurso del siglo XX la ciudad de Málaga y Marbella han afianzado su posición, junto a otras ciudades del litoral, mientras que muchos municipios del interior se están despoblando.

Los municipios según el número de habitantes. Málaga. 2007



Elementos como la localización de la población y concentración territorial en la franja litoral provincial, la dimensión adquirida por algunos municipios en los últimos años, con un fuerte aumento en el número de los municipios más pequeños, han de ser considerados de forma crítica en planteamientos innovadores de servicios de atención a la salud y la dependencia.

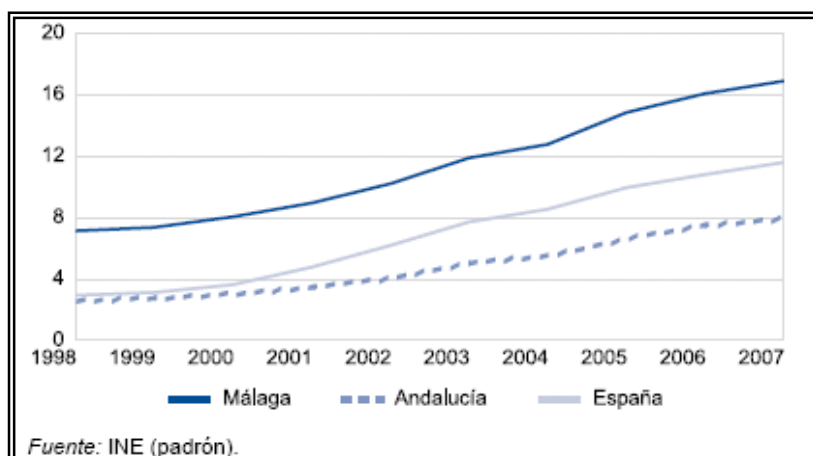
Por otra parte, conviene considerar que además del envejecimiento demográfico, las mejoras en los niveles de calificación de la población y el desplazamiento de las actividades tradicionales por actividades terciarias, son dimensiones críticas en planteamientos de reflexión e innovación de servicios complejos, caros y de alta consideración social.

Un elemento demográfico singular que incide en los servicios sanitarios públicos y privados, -además de poder ser una oportunidad-, es el gran atractivo turístico de Málaga para atraer a un tipo de población.

Según fuentes IEA- Padrón Municipal de Habitantes, movimiento natural de la población en Andalucía año 2009 un total de 264.480 extranjeros son residentes en la provincia lo que supone el 16,46% del total provincial, que se instala en nuestra provincia, principalmente por motivos residenciales más que económicos, a diferencia de lo que ocurre en otras provincias españolas.

El origen de esta población extranjera en un elevado número de municipios, corresponde a países que pertenecen a la UE-15, de los cuales en 26 de estos municipios el porcentaje de extranjeros supera el 10% del total de población.

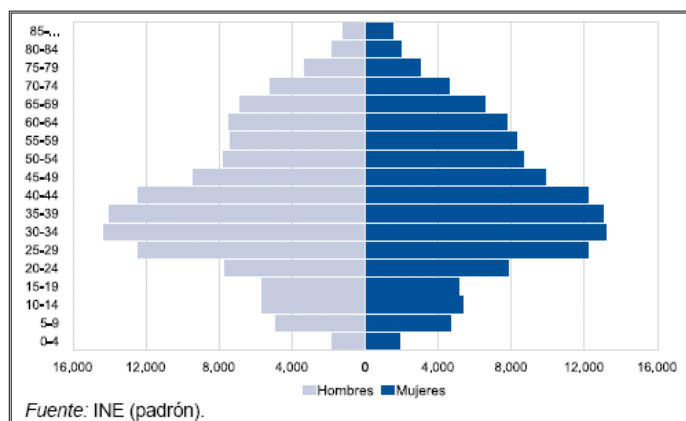
Población extranjera sobre el total. Málaga, Andalucía y España. 1998-2007.



Por procedencia, el 21,6% de los inmigrantes proceden del Reino Unido, de Alemania el 6,5% y de Francia el 3,6%. Marruecos es el segundo país de origen con un 13,4%.

La movilidad de la población de Málaga es extraordinaria ya que atrae población tanto nacional como extranjera, muy por encima de la media regional y nacional. En 2007 el 16,9% de sus habitantes había nacido en el extranjero, el doble que en Andalucía (7,9%) y cinco puntos superior a la media del país (11,6%).

En cuanto a la estructura de la población extranjera residente, la pirámide se concentra en los tramos edad centrales y en los superiores debido a la elevada presencia de jubilados de países de la UE. Esta característica, puede ser una oportunidad para desarrollar desde un punto de vista empresarial, líneas de servicios de provisión personalizada, -sanitarios, deportivos, ocio, belleza, bienestar, etc.- para esta tipología socio-económica de ciudadanos.



Pirámide de la población extranjera de Málaga. (2007 INE)

Finalmente, considerar que un 14,3% de la población, aproximadamente 220 mil personas, son mayores de 65 años y un 6% 80 mil, son mayores de 75 años. Este fenómeno y sobre todo la intensificación del mismo que sugieren todas las proyecciones demográficas, son señales de aviso, tanto para el sector público como el sector privado, sobre la especificidad que deberán tener los servicios y su capacidad instalada o a instalar en los próximos años.

BIENESTAR. TENDENCIAS GENERALES DE LOS SECTORES IMPLICADOS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA.

En la provincia de Málaga, al igual que en España y países de nuestro entorno político, cultural y económico, el sistema sanitario ha evolucionado muy rápidamente en las últimas décadas. Hasta finales del siglo XIX las infecciosas ocupaban el espacio asistencial y no existían garantías de asistencia en caso de enfermedad.

En un análisis estratégico parece pertinente conocer y valorar la dimensión económica de unos servicios, -peso de la factura sanitaria- que a nivel regional suponen casi el 33% del gasto autonómico.

Hasta hace tan solo unas décadas, la prestación y cobertura de la asistencia sanitaria era un asunto individual que había que prever, a la vez que existían

iniciativas de carácter benéfico y religioso, obras de caridad, hospitales de iglesia (el hospital como santuario donde se espera la muerte) o el altruismo de algunos profesionales.

Sin embargo, las mejoras en los niveles de salud de la población fueron a la par con el incremento de los costes sanitarios y por tanto se hizo evidente la necesidad de financiar colectivamente la incertidumbre de enfermar.

El fenómeno del aseguramiento sanitario colectivo de la población es reciente y tiene lugar con el casamiento en Europa de las ideologías; El Estado como asegurador de riesgos ante la incertidumbre de enfermar, ser viejo o estar en paro y el mercado controlado como modelo económico y motor generador de riqueza.

Los avances relativamente recientes que se han producido en los sistemas sociales, -también en el sanitario- de protección pública ha permitido que la esperanza de vida en Málaga, pasase de los 40 años que nuestros abuelos tenían en el año 1910 a los 75 años en 2003; actualmente (2007) las mujeres de Málaga tienen un esperanza de vida de 82,4 años y de 76,5 años los hombres.

MÁLAGA	Dato inicial	Año inicial	Dato final	Año final	Tasa anual media acumulativa
Esperanza de vida del hombre	71,0	1980	76,5	2007	0,28
Esperanza de vida de la mujer	77,0	1980	82,4	2007	0,25
Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos	12,06	1980	4,03	2008	-3,84
ANDALUCÍA					
Esperanza de vida del hombre	71,5	1980	76,5	2007	0,25
Esperanza de vida de la mujer	77,3	1980	82,5	2007	0,24
Tasa de mortalidad infantil por cada 1000 nacidos	13,11	1980	4,11	2008	-4,06
Fuente					
Instituto de Estadística de Andalucía. Sistema de Información Demográfica de Andalucía					
INE - Indicadores demográficos básicos					

Si se tiene en cuenta el Índice Sintético de Bienestar Social, elaborado por La Caixa a partir de más de 89 variables socioeconómicas, en el año 2005 Málaga y Almería eran las dos únicas provincias andaluzas con un índice sintético superior a la media andaluza, si bien sólo Almería lo tenía similar a la media nacional. Concretamente el índice de Málaga era un 6% superior a la media andaluza pero un 6% inferior a la media nacional.

Asimismo, en el año 2004 la provincia de Málaga se encontraba por debajo de la media andaluza en el índice de Condiciones de trabajo (calidad del empleo), Convivencia, Salud y Seguridad ciudadana. Y por debajo de la media española, además de en los anteriores índices, excepto Salud, en Renta Familiar Disponible por habitante, Oferta cultural y de ocio, y Empleo. Tan sólo en los índices de Accesibilidad económico-comercial y Entorno natural y clima superaba la provincia la media nacional, igualándola en Vivienda y equipamiento de hogar, Servicios Sanitarios y Salud.

Así pues, a pesar de las dificultades y problemas aún existentes, la provincia es uno de los territorios andaluces más dinámicos socioeconómicamente, enmarcado en un entorno medioambiental atractivo, con una climatología singular, una franja costera todavía acogedora y una zona interior de gran

diversidad paisajística y poseedora de un notable patrimonio cultural. Sin embargo, y como sucede con todos los procesos de desarrollo económico, los beneficios del desarrollo y dinamismo socioeconómico no están equilibrados ni social ni territorialmente.

Al mismo tiempo, la población también crece, pero no exclusivamente porque nazcan más niños, sino porque disminuye la mortalidad de la población. Fruto de este incremento de la esperanza de vida es el aumento de la población en el conjunto de la sociedad y dentro de ella el incremento del número de personas mayores, derivado de las mejoras generales en las condiciones de vida de las personas y la provisión de servicios sanitarios eficaces, efectivos, probablemente eficientes pero tremendamente costosos; la salud no tiene precio si tiene un coste¹.

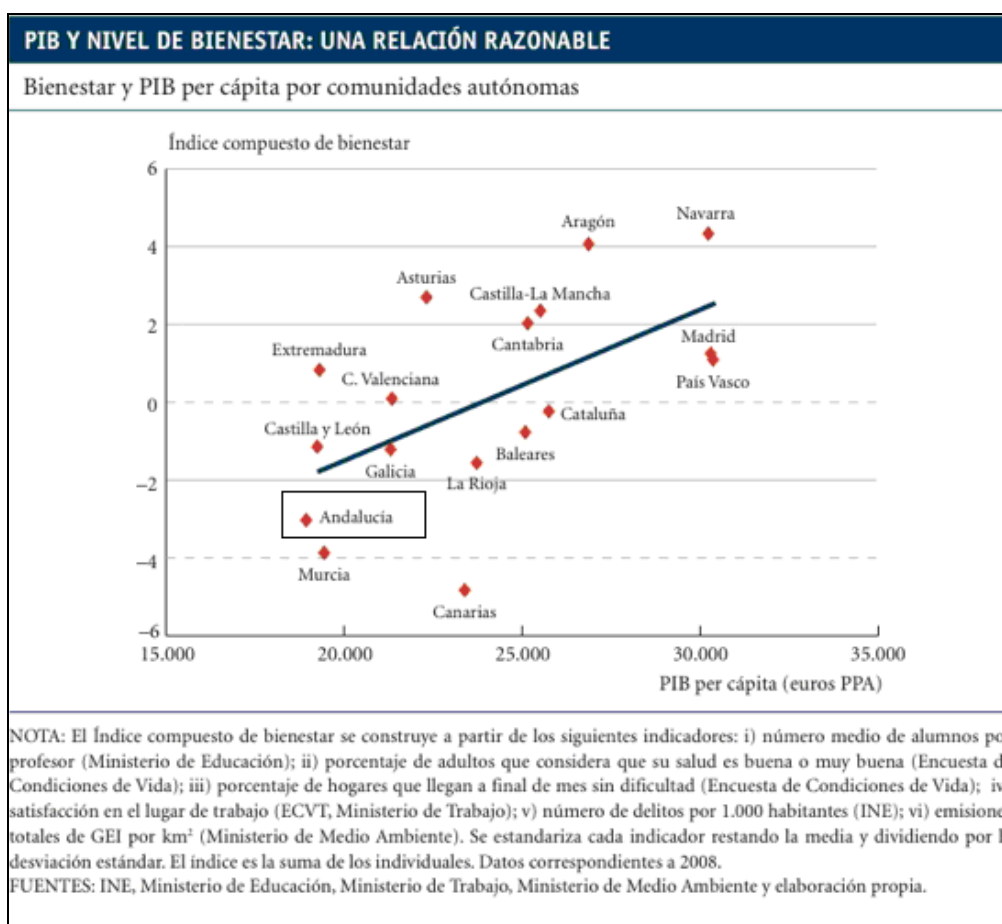
Una de las medidas más comunes para medir la amplitud de los sistemas de salud es el porcentaje del PIB del país –o región- que se destina al gasto público sanitario y cual es la cifra del gasto público sanitario por habitante.

El producto interior bruto (PIB) es la forma más habitual de medir la actividad económica y su ritmo de crecimiento sirve para valorar la situación o evolución económica de un país. Si lo dividimos por el número de habitantes, obtenemos un indicador, el PIB per cápita, frecuentemente utilizado para valorar el nivel económico relativo de un país o región. No obstante, existen dudas sobre la capacidad del PIB para medir de forma adecuada el progreso y el bienestar de la sociedad.

Existen muchas iniciativas para conseguir formas alternativas de medición del progreso y del bienestar social. Estas propuestas apuntan en tres direcciones: corregir el PIB existente, ampliando su enfoque hacia la dimensión social o medioambiental (por ejemplo, el índice de desarrollo humano de las Naciones Unidas o el Genuine Progress Indicator de la organización Redefining Progress); elaborar otros indicadores a partir de variables objetivas no vinculadas directamente con el crecimiento económico, como los índices de calidad de vida Calvert-Henderson, y utilizar medidas subjetivas sobre el bienestar que incluyen conceptos como la satisfacción o la felicidad.

Población.

¹ Las necesidades de renovación de las infraestructuras y del equipamiento en el sistema sanitario público, en un contexto de imparable crecimiento de los gastos sanitarios, han hecho que algunas Comunidades Autónomas hayan acudido en los últimos años a las fórmulas de colaboración público-privada (CPP). Estas fórmulas han permitido a los sistemas sanitarios acometer las cuantiosas e inaplazables inversiones necesarias mediante modelos de gestión y financiación privada de las infraestructuras públicas, así como incorporar ciertas experiencias positivas de la iniciativa privada en la gestión, no sólo de los servicios no clínicos sino incluso también de los clínicos.



Elaboración: Departamento de Economía Europea, Estudios y Análisis Económico "la Caixa"

El gráfico anterior muestra que la correlación entre ambas medidas sigue siendo positiva pero relativamente débil. Hay que tener en cuenta especialmente el grado de subjetividad que implica este tipo de elaboraciones, ya que la elección de indicadores puede influir notablemente en el resultado final. Así, por ejemplo, Navarra encabezaría el ranking de bienestar social superando incluso el que le correspondería por su elevado PIB per cápita gracias a la buena salud de su población, al escaso número de hogares con dificultades y a su buena situación medioambiental.

Por otra parte, el bienestar de Madrid se sitúa algo por debajo del que le correspondería por su elevado PIB per cápita debido al indicador de satisfacción laboral, mientras que en el País Vasco resta mucho el componente medioambiental. Entre las autonomías con menor capacidad adquisitiva cabe citar a Extremadura, cuyo bienestar superaría el que corresponde a su renta per cápita, debido al bajo número de delitos por habitante y a la poca contaminación.

La construcción de índices de bienestar puede llevar a resultados que no reflejen adecuadamente la realidad debido a múltiples factores: disponibilidad de los datos, adecuación de las variables, número de variables utilizadas, metodología, etc. Pero, en general, los resultados no se apartan significativamente de los que proporciona el PIB per cápita.

En España, el gasto en sanidad representa actualmente el 8,5% dentro del conjunto del Producto Interior Bruto (PIB), aumentando entre los años 2000 y 2004 a una media anual del 3,1 por ciento. Según estimaciones de la OECD informe 2009, a este ritmo la sanidad supondrá más del 10 por ciento del PIB en el año 2012.

Gasto sanitario total como porcentaje del PIB y proporción del gasto sanitario público respecto al gasto sanitario total en los países de la Unión Europea (UE-15), 2005 - 2007.

	GASTO TOTAL COMO % PIB			GASTO PÚBLICO COMO % DEL TOTAL		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Alemania	10,7	10,5	10,4	77,0	76,8	76,9
Austria	10,4	10,2	10,1	76,1	75,9	76,4
Bélgica	b 10,3	e 10,0	e 10,2	-	-	-
Dinamarca	9,5	9,6	9,8	83,7	84,1	84,5
España	8,3	8,4	8,5	70,6	71,2	71,8
Finlandia	8,5	8,3	8,2	73,5	74,6	74,6
Francia	11,1	11,0	11,0	79,3	79,1	79,0
Grecia	9,4	9,5	9,6	60,1	62,0	60,3
Irlanda	7,3	7,1	7,6	77,5	77,5	80,7
Italia	8,9	9,0	8,7	76,2	76,8	76,5
Luxemburgo	7,7	e 7,3	-	90,2	e 90,9	-
Países Bajos	e 9,8	e 9,7	e 9,8	-	-	-
Portugal	10,2	9,9	-	71,8	71,5	-
Reino Unido	8,2	8,5	8,4	81,9	82,0	81,7
Suecia	9,2	9,1	9,1	81,6	81,6	81,7

Fuente: OCDE Health data 2009 - versión junio 2009.

España al igual que el resto de la UE, el sostenido crecimiento del gasto en servicios sanitarios se explica en su mayor parte, por las mejoras en la calidad de los servicios (demandadas por la población), la incorporación de nuevas tecnologías y factores como la universalización de la accesibilidad a los servicios y el marco jurídico, -fuertemente publicitado- de gestión y provisión de los servicios.

Por partidas de gasto, desde una dimensión funcional del gasto sanitario público, los servicios hospitalarios y especializados con un 54,0% son los que representan un mayor porcentaje del mismo, seguidos por la prestación farmacéutica, 19,8% y los servicios de atención primaria de salud con 15,7%.

Los servicios de salud pública representan el 1,4% del gasto, muestran un aparentemente pequeño peso relativo consecuencia de, además de la manera de definir y clasificar esta actividad en los sistemas contables, por el hecho de que las actividades de salud pública, prevención y promoción, se desarrollan básicamente a través de la red de Atención Primaria y no están contabilizadas de manera específica.

Llama la atención que éstas imputaciones de costes asistenciales, no estén en correspondencia con la, cada vez mayor evidencia de determinantes de la salud de las personas: medio ambiente y estilos de vida (50%), mensaje genético (10-15 %) y sistema sanitario de provisión de servicios (9-20%).

En Málaga, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía gasta aproximadamente un 32% del total de gasto que la CCAA realiza en esta provincia. En el 2.008, destinó 1.194,46€ por cada habitante, frente a los 1.125 euros del 2007. El presupuesto representó un 6,47% del total del PIB de Andalucía estimado en 147.175 millones de euros.

PRESUPUESTO ECONÓMICO INICIAL DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR CAPÍTULO. AÑO 2008

	S.A.S.	CONSEJERÍA	TOTAL
Capítulo I	4.036.695	74.985	4.111.680
Capítulo II	2.009.507	198.129	2.207.636
Capítulo III	1.252	0	1.252
Capítulo IV	2.283.302	449.192	2.732.494
Operaciones corrientes	8.330.756	722.306	9.053.062
Capítulo VI	402.892	6.792	409.684
Capítulo VII	17.738	38.420	56.158
Operaciones capital	420.630	45.212	465.842
Total	8.751.386	767.518	9.518.904

En miles de euros

FUENTE: Consejería de Salud. Secretaría General Técnica

En el año 2.009, estimamos un gasto público total en Málaga de aproximadamente 1.918 millones de euros que pone en positiva evidencia la importancia del sector sanitario público en la provincia al generar un enorme volumen de recursos económicos, personas, tecnologías y conocimiento.

Las externalidades del gasto sanitario, - público y privado- en términos de riqueza, empleo y población que fija y consolida al territorio, configuran este sector como un elemento compensador de desigualdades y tractor económico de oportunidades para el desarrollo empresarial, la innovación, el desarrollo tecnológico, especialmente en situaciones de crisis y cambios.

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA.

Dentro de los objetivos de este informe la **Fundación Madeca** plantea el interés por conocer dimensiones asociadas a la accesibilidad a los servicios sanitarios por parte de las diferentes comarcas de la provincia de forma objetiva, dimensión sin duda sugerente y relevante como difícil.

Relevante porque el país y también nuestra comunidad autónoma y nuestra sociedad malagueña gastan enormes porcentajes de su riqueza (PIB) y de sus presupuestos en proveerse de servicios sanitarios, -como reflejo de la preferencia colectiva por la salud que muestran las personas-. Difícil porque la organización sanitaria tiene que perseguir múltiples objetivos, no siempre objetivables y cuantificar la accesibilidad general de la población a servicios configurados como un derecho ciudadano, dentro de una burocracia profesional y cuyo *producto – servicio se* hace a la medida, es cuanto menos complejo.

La prestación de los servicios sanitarios a los que los ciudadanos tienen derecho se sitúa en el marco conceptual de que el acceso a los mismos debe basarse en determinados parámetros y criterios que garanticen de una manera cierta y técnicamente posible la equidad en dicho acceso.

Al referirnos a la accesibilidad no solamente debe ser entendida desde el punto de vista geográfico, sino introduciendo y valorando otros factores que impidan cualquier tipo de discriminación que limite el acceso a los servicios sanitarios.

Por ello, en la planificación de servicios modernos se introducen valores como la rapidez en la respuesta, la seguridad y la efectividad en los procedimientos y técnicas de tratamiento, la cercanía al domicilio o centro de trabajo, así como la incorporación de las oportunidades que los sistemas de comunicación y las nuevas tecnologías de la información posibilitan.

CARACTERÍSTICAS ORGANIZATIVAS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS.

El reparto de poderes y distribución de competencias sanitarias entre el estado y comunidades autónomas y corporaciones locales indica entornos de la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza la accesibilidad bajo los principios de:

- **Equidad** en el acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.
- **Calidad** y evaluación de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud.

- **Participación** de los ciudadanos tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de expectativas como usuarios del sistema sanitario.

La equidad en la asistencia sanitaria es importante, especialmente en nuestro entorno donde la cobertura es universal y el poder adquisitivo no condiciona el acceso a los servicios. Por otra parte, es un objetivo de política sanitaria que operativamente es una variable de la función de producción, independientemente de que a nivel de salud individual o agregada su valoración presenta más incógnitas que certezas.



Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978, la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

En el contexto de este informe, la accesibilidad se pondera por la respuesta a la necesidad o demanda sanitaria en un ámbito geográfico cercano al lugar de residencia, en un plazo de tiempo razonable (consenso científico) y con acceso a tecnologías diagnósticas y tratamientos necesarios.

El Sistema Nacional de Salud está configurado por el conjunto coordinado de servicios de salud del Estado y los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, que integran todas las funciones y prestaciones sanitarias de responsabilidad de los poderes públicos.

En Málaga, los centros sanitarios públicos están gestionados por la administración pública andaluz, a través del Servicio Andaluz de Salud (SAS), la Empresa Pública Hospital Costa del Sol y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias que proveen la cartera de servicios sanitarios regulada.

La Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, se organiza en dos entornos o niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica y costes es deseable que se encuentran en relación inversa.

La Atención Primaria, puerta de entrada al sistema, realiza una oferta de servicios para la mayor parte de las necesidades de atención sanitaria a través de los centros de salud y consultorios. Como máxima expresión de accesibilidad y equidad la provisión directa llega hasta el domicilio del paciente cuando la demanda o la necesidad lo requieren.

	Atención Primaria	Atención Especializada
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Fuente: Sistema Nacional de Salud de España 2010. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria.

La Atención Especializada se presta en centros de especialidades, centros hospitalarios de alta resolución y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso.

Dentro de esta organización y al igual que la atención primaria, la ubicación de los recursos asistenciales responde fundamentalmente, a una planificación sobre criterios demográficos y geográficos delimitados, que se establece teniendo en cuenta diversos factores, especialmente, la proximidad de los servicios a los usuarios.

La atención de urgencias, se dispensa en aquellos casos en que el paciente o familiares consideran necesario que sea atendido de forma inmediata. Se realiza tanto en los centros sanitarios como fuera de ellos (domicilio del paciente, in situ) durante las 24 horas del día. Puede prestarse por la atención primaria, especializada, empresas públicas especialmente dedicadas a la atención de las urgencias y emergencias.

RECURSOS SANITARIOS EN LA PROVINCIA DE MALAGA

En la provincia de Málaga el núcleo provisor de provisión de servicios pivota en base a las 4.912 camas distribuidas en 6 hospitales públicos y 30 centros privados y lo que es lo verdaderamente resolutivo: los más de 60 Centros de Salud (2008) y más de 120 Consultorios, generadores de un importante movimiento de atención y demanda de servicios y recursos para su funcionamiento y mantenimiento.

Aunque en general se valora de forma optima la existencia de infraestructuras y equipamiento hospitalario por su alto prestigio, elevados costes, capacidad de resolución y seguridad, es quizás también importante para el acceso equitativo a la salud colectiva e individual, la existencia de óptimos recursos y tecnologías en el nivel de asistencia primaria más cercana y directa con las necesidades prevalentes de la población, siendo en el caso español la puerta de entrada al resto del sistema sanitario.

En el cuadro siguiente se informa de la dotación de recursos: centros y profesionales que tiene el sistema sanitario público en las provincias de Andalucía, distribuidos en correlación con los tamaños de las poblaciones, la dispersión geográfica, las comunicaciones y las redes de transporte territorial.

CENTROS SANITARIOS Y PERSONAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA POR PROVINCIA. AÑO 2008									
Centros									
Atención primaria	228	127	141	326	119	195	178	188	1.502
Centros de salud	34	53	39	50	28	40	63	83	390
Consultorios locales	99	49	72	163	61	88	76	91	699
Consultorios auxiliares	95	25	30	113	30	67	39	14	413
Atención especializada	4	14	6	10	4	10	9	17	74
Centros de especialidades	1	9	2	5	1	5	3	10	36
Hospitales ^a del SAS	2	5	3	4	3	3	5	4	29
C.H.A.R.E. ^b	1	-	1	1	-	2	1	3	9
Otros Hospitales ^c	1	-	1*	-	-	1	1	1	5
Personal^d									
Atención primaria	1.411	2.691	2.092	2.683	1.294	1.700	3.271	4.743	19.886
Atención especializada	5.854	8.352	6.919	8.517	4.605	6.721	11.816	14.811	67.594
% total personal	8,3	12,62	10,3	12,8	6,74	9,63	17,25	22,35	100
<small> ^aLos complejos hospitalarios formados por varios hospitales se contabilizan como un sólo centro. ^bCentros Hospitalarios de Alta Resolución ^cHospitales gestionados por Empresas Públicas y otras formas de gestión ^dDatos correspondientes a 2007 </small>									
<small>FUENTES: Servicio Andaluz de Salud y Empresas Públicas de la Consejería de Salud</small>									

Un ejemplo de la discriminación positiva para aplicar criterios de salvaguarda de la equidad en la planificación sanitaria, -que se viene realizando desde los años 80- para facilitar las accesibilidad de la población a los servicios sanitarios en el territorio, se pone en evidencia ante la notable diferencia en el numero de centros de atención primaria (326) que tiene la provincia de Granada. Esta provincia por su dispersión demográfica y orografía compleja

cuenta con un número de centros significativamente muy superior al resto de provincias andaluzas.

Por otra parte, los servicios sanitarios son intensivos en mano de obra, altamente cualificada, lo que hace que sea un sector de atracción social y económica. El fuerte crecimiento en la dotación de recursos humanos en los servicios sanitarios, es un reflejo del desarrollo social, de la terciarización de la economía y disminución del sector industrial, hasta ocupar casi el 60% del empleo del sector servicios y cifra parecida en el PIB.

Los profesionales sanitarios son una seña de identidad de la calidad y fiabilidad del sistema y es una resultante de la aplicación del principio de equidad planteada por la reforma sanitaria. Su dotación y nivel, se adaptan de forma congruente a las necesidades de la población sobre criterios explícitos de planificación sanitaria.

ESTRUCTURA PROFESIONAL DE CENTROS ASISTENCIALES SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. 2.008										
Atención Primaria	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía	
Directivos	9	16	13	17	10	13	23	24	125	
Facultativos	590	1.077	790	970	567	777	1.352	1.809	7.932	
P. Sanitario no facult.	422	842	651	780	510	510	1.010	1.410	6.135	
Resto del Personal	436	800	667	898	410	634	1.055	1.602	6.502	
TOTAL	1.457	2.735	2.121	2.665	1.497	1.934	3.440	4.845	20.694	
At. Especializada										
At. Especializada	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	Andalucía	
Directivos	26	48	32	50	26	36	67	70	355	
Facultativos	803	1.320	988	1.212	582	730	1.718	2.344	9.697	
P. Sanitario no facult.	2.604	4.653	3.620	4.222	2.149	2.907	5.343	7.900	33.398	
P. No Sanitario	1.502	2.549	2.130	2.875	1.265	1.587	3.372	5.027	20.307	
TOTAL	4.935	8.570	6.770	8.359	4.022	5.260	10.500	15.341	63.757	
TOTAL AP+AE	6.392	11.305	8.891	11.024	5.519	7.194	13.940	20.186	84.451	

FUENTE: Servicio Andaluz de Salud. Sistema de información de recursos humanos. Plantilla Presupuestaria diciembre 2008
D.G. de Planificación e Innovación Sanitaria. Servicio de Información y Evaluación.

En Málaga el sector sanitario público emplea directamente a casi 14 mil personas entre los distintos niveles asistenciales y servicios, lo que laboralmente significa que aproximadamente que casi un 2% de la población activa de la provincia está directamente relacionada con los servicios sanitarios públicos, esto permite desarrollar un mapa sanitario y de recursos provincial armónico y en base a criterios demográficos y de accesibilidad.

En los centros de atención primaria de salud trabajan 1.352 facultativos (médicos de familia y pediatras), 1.010 enfermeros y 1.055 profesionales de otras categorías no sanitarias. La tasa de habitantes por cada médico del primer nivel asistencial es de 1.188 habitantes/médico (calculada de acuerdo a los datos de población proporcionados por el INE 2008).

Por estamentos y géneros, el colectivo de enfermería está compuesto en un 81% por trabajadoras, siendo el más feminizado seguido del personal no sanitario con el 76%. Entre los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria el porcentaje de feminización es del 48% y en Pediatría del 63%.

En los hospitales y centros de especialidades del sistema sanitario público de Andalucía de Málaga proveen servicios 1.718 facultativos, de los cuales un 30% corresponden a especialidades médicas, el 25% son especialistas de apoyo al diagnóstico y/o al tratamiento y un 20% son especialidades quirúrgicas.

Los profesionales del sector sanitario constituyen un colectivo que, además de garantizar la salud de la población, constituyen por sí mismos un sector clave en la economía, por ser intensivos en mano de obra, generan riqueza y conocimiento e impulsan el mercado de trabajo a través de empleos indirectos relacionados con empresas suministradoras y de servicios necesarios para el funcionamiento de los centros.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

La Ley 2/1998 establece que la Atención Primaria de Salud es el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Comprende la asistencia preventiva, curativa y rehabilitadora así como la promoción de la salud, la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente.

Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Málaga en distritos de atención primaria y áreas integradas de gestión sanitaria que integran demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se disponen centros de salud y consultorios en donde se provee asistencia primaria de salud a la ciudadanía.

Los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria, son la respuesta organizativa a la necesidad de gestionar servicios complejos y de alto coste; En Málaga están constituidos los siguientes:

- Distrito Sanitario Málaga.
- Distrito Sanitario Valle del Guadalhorce
- Distrito Sanitario Costa del Sol
- Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Málaga
- A.G.S. Este de Málaga- Axarquía.
- A.G.S. Serranía Ronda

Estos centros de gestión tienen como funciones esenciales: la planificación operativa, la dirección y administración de la atención primaria, la organización de las actividades sanitarias, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados para la recuperación de la salud, la gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, docencia e investigación.

Las Zonas Básicas de Salud están constituidas por los municipios que determina el Mapa de Atención Primaria de Salud. Su referencia funcional es

el Centro de Salud y Consultorios asociados que a nivel territorial básico garantizan la provisión y el acceso directo por parte de la población proporcionando asistencia sanitaria básica e integral.

La organización provincial en Distritos y Zonas Básicas de Salud, no es administrativa, en la planificación se consideró críticamente las distancias y tiempos reales desde los núcleos de población a los centros de salud y consultorios correspondiente para acceder a servicios esenciales de medicina y enfermería de familia, pediatría y urgencias.

El cambio histórico en la accesibilidad a los servicios y centros sanitarios en la provincia Málaga se produce a mediados de la década de los años 80 que se viene realizando de forma mantenida y expansión, si bien ya la mayor parte de las inversiones y actuaciones están ya mas relacionadas con ampliaciones de infraestructuras y reformas.

Actualmente, la provincia cuenta con 176 Centros de Atención Primaria, la mayoría de nueva construcción, que sitúan a la provincia en un promedio de un centro de salud por cada 25 mil habitantes.

Como decíamos antes, en Atención Primaria Salud es donde se reorientó la prestación hacia un nuevo modelo integral de servicios y de programas de salud, dotando para ello a los Centros de Salud de más profesionales (esencialmente médicos de familia, enfermeras y pediatras), mayor gestión del conocimiento y mayor disposición de tecnologías y organización.

Este nivel, configurado como entrada al resto del sistema, por primera vez en su historia provee de unos servicios que hasta hace muy pocos años estaban limitados al ámbito hospitalario. En la actualidad provee de pruebas diagnosticas (radiológicas, electrocardiogramas, analíticas básicas, retinografías), servicios quirúrgicos como la cirugía menor ambulatoria y nuevos servicios profesionales como los odontólogos, las matronas, fisioterapeutas y trabajadores sociales que han aumentado la capacidad de resolución mejorando, por consiguiente, la accesibilidad de la población.

CENTROS DE A.P.S. EN LA PROVINCIA DE MALAGA				
DISTRITOS /AREAS SANITARIOS	Nº HABITANTES	Nº CENTROS SALUD	Nº CONSULTORIOS	total total
MALAGA	613.748	26	11	37
ANTEQUERA	115.100	5	22	27
AXARQUIA	164.700	9	32	41
COSTA SOL	497.266	13	12	25
SERRANIA DE RONDA	59.643	4	26	30
VALLE DEL GUADALHORCE	142.611	6	10	16
Total	1.593.068	63	113	176

DISTRITOS /AREAS SANITARIOS	Nº HABITANTES/ CENTRO SALUD	Nº HABITANTES/ CENTRO SANITARIO
MALAGA	23.606	16.588
ANTEQUERA	23.020	4.263
AXARQUIA	18.300	4.017
COSTA SOL	38.251	19.891
SERRANIA DE RONDA	14.911	1.988
VALLE DEL GUADALHORCE	23.769	8.913
Promedio provincial	25.286,8	9.051,5

Fuentes:
Cifras y Datos 2008. Consejería de Salud
INE 2010

En cuanto a la accesibilidad a los servicios de urgencias y emergencias, en la actualidad la provincia de Málaga dispone de una red de centros y recursos operativos inmediatos que de forma coordinada, proveen atención sanitaria urgente en la provincia.

Considerando el tiempo en la valoración del acceso, el mapa sanitario y distribución de recursos, centros de urgencias y equipos de urgencias y emergencias- la provincia dispone un esquema de servicios integrados de forma que en el momento actual, ningún núcleo municipal de Málaga está situado a más de 30 minutos de un punto de urgencias.

EQUIPOS DE URGENCIAS	
AREAS DE LA PROVINCIA	Nº DE DISPOSITIVOS
MALAGA	22
COSTA SOL	20
AXARQUIA	24
VALLE G	17
RONDA	11
ANTEQUERA	21
TOTAL	115

- **Servicios cuidados críticos (C.C.) y Urgencias (hospitales): 6 centros.**
- **Dispositivos C. C. y Urgencias (atención primaria): 48 equipos.**
- **Red de Dispositivos móviles C.C. y urgencias: 67 equipos y 3 Equipos de Coordinación Avanzada.**
- **Equipos de Emergencias: 7 equipos terrestres y 1 equipo aéreo.**
- **1 Centro de Coordinación Provincial de Urgencias y Emergencias.**

Fuentes: Memoria Estadística Consejería de Salud 2008. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2008.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La Atención Especializada, como segundo nivel de atención definido en la [Ley 2/1998](#), de Salud de Andalucía, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria. La provincia de Málaga, dispone de un total de seis hospitales públicos con una dotación de 2.671 camas lo que supone el 16,1 % del total de camas del sistema público de Andalucía, sin contabilizar el total de camas disponibles por parte del sector concertado.

NÚMERO DE CAMAS HOSPITALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. AÑOS 2005-2008

	2.005	2.006	2.007	2.008	%
<i>Almería</i>	1.110	1.124	1.146	1.174	7,1%
<i>Cádiz</i>	2.087	2.096	2.118	2.082	12,6%
<i>Córdoba</i>	1.596	1.571	1.558	1.557	9,4%
<i>Granada</i>	1.828	1.803	1.753	1.771	10,7%
<i>Huelva</i>	992	968	954	947	5,7%
<i>Jaén</i>	1.284	1.333	1.296	1.274	7,7%
<i>Málaga*</i>	2.523	2.530	2.537	2.671	16,1%
<i>Sevilla</i>	3.382	3.287	3.239	3.095	18,7%
TOTAL	14.802	14.712	14.601	16.579	100,0%

Elaboración propia (Madeca)

FUENTES: Servicio Andaluz de Salud. Empresa Pública Alto Guadalquivir

Instituto de Estadística de Andalucía. Sistema de Información Demográfica de Andalucía *

En Málaga, el conjunto de dispositivos de atención especializada del Servicio Andaluz de Salud configura hoy día la más importante red de atención sanitaria de la provincia, en lo que se refiere a la asistencia hospitalaria, consultas, pruebas diagnósticas y, en general, en el conjunto de prestaciones sanitarias de segundo nivel.

Las 2.671 camas de los 6 hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria

El mapa de hospitales de Málaga, nos muestra una imagen de continuidad y accesibilidad territorial de los recursos públicos, especialmente y únicamente presentes en las zonas del interior provincial. Asimismo se observa que las diferencias de concentración y dispersión demográfica, tiene correlación con la distribución de los recursos sanitarios, fuertemente influenciados por las comunicaciones e infraestructuras de transporte, especialmente la red de carreteras.

MUNICIPIOS	AÑO 2008					
	Camas en hospitales públicos	% camas	Camas en hospitales privados	% camas	Total camas hospitales	% camas
Antequera	146	5,5%	-	-	146	3,0%
Benalmádena	48	1,8%	265	11,8%	313	6,4%
Estepona	-	-	71	3,2%	71	1,4%
Fuengirola	-	-	26	1,2%	26	0,5%
Málaga	1799	67,4%	1528	68,2%	3.328	67,7%
Marbella	352	13,2%	193	8,6%	545	11,1%
Rincón Victoria	-	-	7	0,3%	7	0,1%
Ronda	147	5,5%	-	-	147	3,0%
Vélez-Málaga	179	6,7%	60	2,7%	239	4,9%
Torremolinos	-	-	90	4,0%	90	1,8%
TOTAL	2671	100,0%	2240	100,0%	4.912	100,0%
Fuente	54%		46%		100%	

Instituto de Estadística de Andalucía. Sistema de Información Demográfica de Andalucía

Elaboración propia (Madeca)

Málaga y su área metropolitana, concentra el 67% por cierto de las camas hospitalarias públicas de la provincia, estando en relación con equivalente con el porcentaje de población provincial 54,8% residente y capacidad instalada para servicios específicos.

Conviene considerar en esta equivalencia que los hospitales de la ciudad atienden, -además de su población residente- la mayor parte de la actividad hospitalaria compleja, -especialmente quirúrgica- de toda la provincia, además de pacientes extra-provinciales para procesos médicos y quirúrgicos tecnológicamente muy específicos.

En el ámbito provincial hospitalario, la estabilización lograda en la oferta de camas de agudos dependientes del sector público, se realizó eliminando hospitales tecnológicamente obsoletos dependientes de corporaciones locales o instituciones estatales: Diputación, AISNA, ISM, por nuevos centros hospitalarios y equipamientos. La nueva red de hospitales, junto con la Empresa Pública Hospital Costa del Sol, conformaron desde la mitad de los años 90 una red sanitaria pública amplia y solvente que conviene potenciar progresivamente, como uno de los elementos incuestionables para el bienestar.

En la ciudad, se concentraron los dos grandes hospitales de la ciudad (Carlos Haya y Clínico) en lo relativo a altas tecnologías y recursos específicos para líneas de actividad hospitalaria complejas, al mismo tiempo que se impulsaba la construcción o reconversión a Hospitales Comarcales en las cabeceras de comarcas naturales de la provincia.

Estos nuevos centros hospitalarios, más funcionales, con modernas plantillas de profesionales formados y con un nivel alto de dotación tecnológica, -de la que carecían mínimamente- mejoraron significativamente la equidad y accesibilidad geográfica de los ciudadanos más distantes de la provincia a servicios sanitarios especializados renovados. Este es el caso de los Hospitales Comarcales de Antequera, Axarquía, Costa del Sol recientemente convertido

en hospital provincial y Ronda, actualmente en obras de construcción un nuevo recinto hospitalario

Recientemente, expertos participantes en el análisis estratégico² 2009 de la provincia, coincidieron en señalar que el principal hospital de la provincia Carlos Haya, está sobrecargado. Este centro soporta estructuralmente problemas derivados de la desagregación y atomización de servicios clínicos en cuatro centros distribuidos en la ciudad. Actualmente, estos centros de la capital aunque, con altos niveles de calidad y satisfacción, necesariamente son interdependientes y proveen servicios complejos con dificultades de coordinación, duplicación de servicios, instalaciones y mantenimientos.

El foro de expertos planteo la necesidad de integrar mejorando las infraestructuras de los servicios hospitalarios de tercer nivel de la provincia. Su alto coste y la necesidad de mano de obra de altísima especialización hacen que la funcionalidad de estos servicios, en alta consideración por parte de los ciudadanos, deban de ser normalizados.

En la provincia, una de las medidas más innovadoras ha sido la puesta en marcha y construcción de la red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución. Su distribución y funcionalidad esta mejorando la accesibilidad de la población a la asistencia especializada. Actualmente esta en funcionamiento el CHARE de Benalmádena, en obras se encuentra el CHARE del Valle del Guadalhorce, en adjudicación el CHARE de Estepona y en fase de tramitación el de Mijas.

Una vez concluido el despliegue de recursos planteada, todos los municipios de la provincia se situaran a menos de 30 minutos de un centro hospitalario para proveer atención hospitalaria susceptible de ser resuelta mediante técnicas poco invasivas, cirugía mayor ambulatoria, y consultas en acto único que posibilitan que en una misma visita se le practiquen al paciente las pruebas necesarias y se le prescriba el tratamiento adecuado.

Las consultas externas especializadas, se proveen en los Centros de Especialidades de San José Obrero (Clínico) y Marbella, y el CARE José Estrada (Carlos Haya) y CARE- Mijas (Hospital Costa del Sol). Estos centros de carácter asistencial ambulatorio, disponen de los medios técnicos y humanos orientados al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación específicos, para resolver, en este nivel, problemas de salud que atención primaria no provee en su cartera de servicios.

En la provincia de Málaga estos centros, dado su carácter de especialización, se encuentran ubicados en zonas de densidad de población alta, como es el área metropolitana de la capital, las zonas Mijas-Fuengirola y Marbella-Estepona (futuro Chare), en el resto de la provincia, las consultas externas se proveen en los propios centros hospitalarios

² FUNDACIÓN MADECA. MALAGA HORIZONTE 2012. FORO: SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DAFO SERVICIOS SANITARIOS PROVINCIA DE MÁLAGA (2009).

Esta distribución de recursos tiene como consecuencia un nivel de accesibilidad alto, especialmente valorable en las zonas del interior provincial (Ronda, Antequera y Axarquía) que ven compensados su dispersión con la existencia de hospitales públicos y/o centros de alta resolución de especialidades.

En síntesis, podemos señalar que los seis hospitales de la provincia, el CHARE Benalmádena, los dos Centros de Especialidades y los dos CARE distribuidos por el territorio malagueño, permiten una oferta equilibrada y compensada de servicios especializados que se verá mejorada con la puesta en marcha de la nueva red de centros de atención especializada planificada.

La experiencia acumulada por la red de centros de alta resolución permiten inferir que la creación de estos centros mejoran sustancialmente el nivel de equidad, satisfacción y calidad en atención especializada, como muestran los resultados del primer CARE de Málaga, pionero en el estado español, y los CHARES, puestos en marcha en otras provincias: Utrera, Andújar, La Puerta de Segura, Baza, Alcaudete, El Ejido, Montilla, Puente Genil y mas recientemente Benalmádena.

RED PROVINCIAL DE CENTROS HOSPITALARIOS DE ALTA RESOLUCION DE ESPECIALIDADES.

Estimamos conveniente dedicar una sección específica del informe a la red de centros CHARE planificada para en esta provincia por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, dada su importancia estratégica para garantizar la atención a la necesidad de servicios de atención especializada en los próximos años.

Uno de los objetivos prioritarios del sistema nacional de salud es utilizar todos aquellos instrumentos a su alcance para mejorar la calidad de los servicios, conseguir un acceso equitativo a los recursos e incidir en los aspectos que más valoran los ciudadanos y generan mayor satisfacción: el tiempo, la calidad de los servicios y la facilidad en el acceso.

Los Centros Especializados y Hospitalarios de Alta Resolución (CARE / CHARE) responden a un nuevo concepto organizativo funcional por procesos, orientado al cliente y al servicio / producto, con el objetivo de que todas las pruebas y exploraciones necesarias para actuar terapéuticamente sobre el enfermo, se realicen, a ser posible, en un acto único y con la mayor brevedad posible. Así, las líneas estratégicas asistenciales y tecnológicas que hacen posible estos objetivos en los CARE / CHARE son:

Consulta Única, donde se produce una respuesta inmediata: diagnósticos, propuesta de tratamientos e informe, en una sola visita del ciudadano (radiología y laboratorio incluidos).

Cirugía Mayor Ambulatoria. Gracias a los avances tecnológicos en la cirugía, cada vez más sofisticada y menos agresiva para el enfermo, su aplicación en los CHARES permite que la estancia del enfermo en el hospital se haya reducido de forma substancial. así, procesos como la extirpación de la Vesícula Biliar, -sin complicaciones- hace unos años tenía una estancia media de 7 días, pasa a que se resuelva en 10 horas de estancia en el hospital, en la mayor parte de los casos.

Continuidad Asistencial. Planteada como criterio clave y determinante que inspira la organización, funcionalidad y forma de trabajo de toda la Organización Sanitaria, más allá de la simple coordinación entre niveles asistenciales.

Esta iniciativa, pionera en el estado Español, ha llamado la atención de la prestigiosa consultora internacional PricewaterhouseCoopers que en su informe HealthCast 2020 “Creando un futuro sostenible”, sobre las tendencias globales en sanidad señala el proyecto andaluz de la red de Centros Hospitalarios de Alta Resolución como una de las experiencias innovadoras transferibles internacionalmente, al organizar la asistencia médica en torno al paciente y a su territorio.

“ En España, la Comunidad Autónoma de Andalucía está construyendo 17 (21) nuevos centros hospitalarios de alta resolución (CHARES). Estos nuevos hospitales están diseñados teniendo en cuenta los principios de accesibilidad, rápida resolución, tecnología diagnóstica puntera y transformación digital de la sanidad.

El modelo proporciona alternativas innovadoras a los hospitales de agudos, como son, la cirugía ambulatoria, listas de espera muy reducidas y mejoras en la organización de las consultas ambulatorias y de los procedimientos diagnósticos. Se espera que los nuevos centros impulsen la transformación de la red tradicional de hospitales en esa región de Europa.

(PricewaterhouseCoopers, HealthCast 2020 “Creando un futuro sostenible”).

Resumen:

Como síntesis de este apartado podemos resaltar que los niveles de accesibilidad a los servicios sanitarios de atención primaria y especializada, son en general buenos o muy buenos en esta provincia. En particular, se puede observar una distribución más equilibrada de los servicios de asistencia primaria, mientras que en especializada se están ejecutando proyectos de solución para deficiencias de adaptación, -esencialmente tecnológicas- de una demanda ya existente que a medio plazo se optimará de forma significativa.

Las previsiones de incorporación de nuevas tecnologías, el desarrollo de la cartera de servicios y el aumento de la capacidad instalada hospitalaria, fundamentalmente gracias a los centros hospitalarios de alta resolución de especialidades programados, son factores críticos de la solución. En este contexto, conviene señalar que en este informe no se valora la oferta y cartera de servicios de las distintas especialidades en los centros.

EL SECTOR PRIVADO SANITARIO EN LA PROVINCIA DE MÁLAGA

La provincia de Málaga acoge 22 centros hospitalarios y clínicas privadas con hospitalización, según datos del Ministerio de Sanidad (2009) y la Asociación de Clínicas Privadas de Hospitalización de Málaga. Los centros privados con mayor capacidad de camas, tienen como actividad principal la psiquiatría y la concertación o prestación de servicios al sector público.

NÚMERO DE CAMAS EN FUNCIONAMIENTO EN HOSPITALES PRIVADOS. AÑOS 2005-2008

	2.005	2.006	2.007	2008*
Almería	200	180	180	180
Cádiz	1.299	1.238	1.245	1.043
Córdoba	286	288	296	296
Granada	351	352	359	355
Huelva	233	233	233	231
Jaén	30	30	42	42
Sevilla	666	673	715	767
Málaga	1.864	1.902	1.956	1.873
% camas hospitales Málaga.	61%	64%	39%	39%
ANDALUCÍA	3.065	2.994	5.026	4.787

* Datos provisionales

FUENTE: Consejería de Salud. D.G. de Planificación e Innovación Sanitaria. EESCRI

En su conjunto, la provincia dispone de un total 1.873 camas en centros de carácter privado, aunque sigue siendo el sector público el que aglutina el mayor número de camas.

Respecto al resto de Andalucía, el sector sanitario privado de Málaga reúne el 39% del total de camas de la región. Si bien conviene señalar que la distribución no es homogénea en la provincia. El crecimiento experimentado por el sector sanitario empresarial privado en la provincia en los últimos años, se ha concentrado exclusivamente en el entorno de la ciudad y en la franja litoral de la Costa del Sol occidental.

Desde el año 2.008, la difícil situación de las economías locales, nacionales y europeas esta incidiendo sobre la demanda de este tipo de servicios, -seguros privados- que ven recortada sus carteras de clientes. Los empresarios padecen los efectos de disponer de una gran cantidad de recursos infrautilizados y el exceso de oferta de camas lleva a una ocupación media de los centros inferiores al 60% de la capacidad.

Llama la atención que, a pesar de la crisis económica se mantiene la oferta de camas en los centros privados de la provincia, aunque el conjunto empresarial alertan de la existencia de concentración e incremento de la oferta superior al crecimiento de la demanda.

En los últimos años de crecimiento económico, factores como la intimidad, la personalización o la rapidez en la atención básica, han sido los que animaron a muchos ciudadanos a buscar la sanidad privada.

En Málaga, aproximadamente el 15% de la población, es decir, alrededor de 225 mil personas, tienen contratado un seguro de asistencia médica privada, según datos de Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). Del total de asegurados, unos 100.000 pacientes usan solo estos servicios privados, de los cuales 53.000 son empleados públicos con mutualidades. El resto son en su mayoría particulares que contratan directamente con compañías privadas. La cuota oscila entre los 35 y los 100 euros mensuales, según la edad y la cobertura.

Un mercado que en la provincia presenta una amplia oferta de servicios y que se halla dominado por las aseguradoras de asistencia sanitaria que crecieron entre los años 2008 y 2009 a un promedio del 5,4%. Para el sector empresarial hospitalario, a pesar de los argumentos de servicios personales y celeridad en la atención o la oferta de especialidades estéticas singulares, no son lo suficientemente potentes para optimizar las casi dos mil camas existentes en la provincia.

A pesar de los inconvenientes el sector se mantiene, aunque sin tendencia al alza, como refleja la facturación directa sostenida desde el ejercicio 2007, aproximadamente 250 millones de euros. Relacionados con este resultado están los usuarios consumidores y su perfil de familias de estatus social medio, en discreto retroceso económico, que tiene preferencia relativa por los servicios privados.

No obstante, no existe una vinculación directa entre el poder adquisitivo y la exigencia de contar con los servicios de la sanidad privada, ya que hay personas con un elevado nivel económico que prefieren los servicios públicos, mientras que otras personas con la misma capacidad económica se decantan por la privada.

Escenario de futuro del sector privado en la provincia.

Hasta el estallido de la crisis en el 2008, la facturación de las clínicas privadas no benéficas venía experimentando notables crecimientos, impulsados por el establecimiento de acuerdos con compañías aseguradoras y el aumento del número de pólizas de seguros de salud.

El segmento poblacional de contratación de este tipo de seguros está definido por matrimonios jóvenes, con hijos y trabajadores de empresas que contratan pólizas para sus empleados como incentivo, con el fin de mejorar el absentismo laboral y para facilitar el acceso a servicios de salud de sus trabajadores.

La importancia de los seguros privados dentro del sector empresarial sanitario llega al que el 61,5% de la facturación de los hospitales y clínicas privadas no

benéficas venía derivado (año 2007) de la demanda compuesta por aseguradoras, mutuas de trabajo y entidades colaboradoras, que registró un incremento cercano al 10%, consolidándose como el principal motor de crecimiento del sector. (Fuente: aseguradora DBK)

En este sentido, en Málaga, las aseguradoras son verdaderos pacientes de las clínicas, copando el 70% de la actividad del sector privado. La tendencia es que los clientes que contraten en un futuro un seguro de salud respondan a un perfil cada vez más amplio, si se mantiene el incremento de la clase media española. Las deficiencias hosteleras del sistema público y la búsqueda de trato personalizado, en presencia de cobertura garantizada a través del sistema público, convierte a los seguros de asistencia sanitaria en reaseguros con funciones sustitutivas, complementarias y suplementarias sobre el seguro obligatorio.

En la provincia de Málaga se espera que crezca al menos un 3% hasta situarse en el promedio el grado de penetración del Seguro de Salud privado de las comunidades autónomas (10,4 % Andalucía) -especialmente por los residentes de la UE en la provincia- siendo el promedio nacional de 13,8 por ciento.

Líneas y tendencias del sector empresarial sanitario en la provincia de Málaga.

1. Una de las principales oportunidades de crecimiento para el sector de clínicas privadas es la apuesta de la Administración Pública por mantener y fomentar la política de conciertos, no sólo en el ámbito de la hospitalización, sino también en los de diagnósticos y tratamientos .
2. No se espera que el modelo de cesión de la gestión de hospitales públicos a empresas privadas se extienda en Andalucía como esta ocurriendo en otras Comunidades Autónomas.
3. Las expectativas de crecimiento futuro de la demanda hacen que para los hospitales y clínicas privadas se presente como una opción muy atractiva la diversificación hacia ámbitos como la medicina ambulatoria, la asistencia domiciliaria o la gestión de residencias para la tercera edad.
4. También se presenta la posibilidad de obtener mayor rentabilidad mediante la prestación de servicios médicos especializados como cirugía estética, cirugía refractiva de los ojos o medicina preventiva.
5. La demanda generada en zona turísticas, Costa del Sol de Málaga, por visitantes extranjeros y residentes del ámbito europeo surge asimismo con una oportunidad para incrementar el volumen de negocio y ofrecer servicios de valor añadido.
6. Las previsiones de evolución futura de la actividad de las clínicas privadas apuntan a un mantenimiento de la línea de crecimiento seguida a lo largo de los últimos años a pesar de las crisis.
7. El nuevo marco jurídico (2010) de la UE para la provisión de asistencia sanitaria a desplazados, plantea una oportunidad para el sector empresarial privado de este país, especialmente en las zonas turísticas y residenciales. Cabe esperar, que la facturación derivada por

la prestación de estos servicios sanitarios a súbditos de países de la UE pueda ser planteada como clientes privados puros.

EL CIUDADANO Y LA SOCIEDAD DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES. NUEVOS CANALES Y LINEAS ASISTENCIALES

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía hace varios años que inició un ambicioso programa de introducción de la sanidad en la sociedad de la información que se articuló en torno a cuatro ejes: ciudadanos, pacientes, profesionales y gestores.

Esta orientación estratégica del sistema, planteó un cambio en las relaciones del sistema con el ciudadano buscando la generación de valor, en el marco de la calidad y eficiencia, al potenciarse la relación del sistema profesional – ciudadano, en un entorno más complejo con variables interrelacionadas.

Desde esta perspectiva de modernización de los servicios sanitarios, la estrategia digital sanitaria en Málaga de los sistemas y tecnologías de la información ha sido un factor determinante para configurar un servicio sanitario accesible y equitativo. Los objetivos podemos concretarlas en las iniciativas siguientes:

- Proyecto Diraya o historia electrónica de salud con acceso 24 horas online a las historias de los pacientes desde cualquier punto de Andalucía.
- Receta XXI, prescripción electrónica de recetas que posibilita a los enfermos crónicos no tener que acudir a los médicos para retirar fármacos. Implantada en la totalidad de los centros salud, la utilizan la mayor parte de los médicos como forma habitual, casi el 60% de la prescripción es mediante este sistema.
- Salud Responde, plataforma CRM de información y servicios al ciudadano, durante las 24 horas provee más quince líneas de servicios a través de diferentes canales. La cita previa para médicos de atención primaria es su producto estrella comas de 11 millones de citas emitidas en Málaga, además:
 - Canal telefónico “Salud 24 horas” ofrece información sobre los principales problemas de salud y cómo prevenirlos,
 - Segunda Opinión Médica,
 - Libre Elección de Hospital,
 - Seguimiento domiciliario de ancianos y de altas hospitalarias.
 - Alertas vía SMS polen,
 - Quit line del tabaco;
 - Servicio de traducción lingüística, siendo el inglés, alemán y francés, los idiomas más demandados.

El doble objetivo perseguido era lograr que los profesionales y gestores del sistema sanitario tuvieran la información necesaria para facilitar la actividad asistencial a la vez que los pacientes tuvieran un conjunto de servicios e información fácilmente accesible y de calidad sobre salud y servicios sanitarios.

ANÁLISIS DAFO DEL SECTOR SANITARIO EN LA PROVINCIA. OBJETIVOS DERIVADOS.

En el entorno del Plan de Actuaciones Estratégicas para la Provincia de Málaga Horizonte 2012, la asociación Madeca organizó en 2008 el Foro: “Salud y servicios sanitarios en la provincia de Málaga, en donde un panel de expertos analizó la situación e identificó las siguientes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se podrían plantear para los servicios sanitarios de la provincia de Málaga en los próximos años.

Amenazas

- Sector privado en creciente desarrollo de su calidad científico – técnica
- Culto a la satisfacción inmediata
- Inmigración de profesionales de formación NO reglada
- Mayor crecimiento de la demanda de servicios y atención personalizada (como consecuencia del envejecimiento de la población)
- Globalización de las enfermedades, que incrementará el gasto sanitario
- Mayores expectativas del ciudadano

Debilidades

- Aumento progresivo de la población
- Envejecimiento del envejecimiento
- Crisis en la financiación: gratis total
- Insatisfacción en la ciudadanía con los servicios recibidos (ej.: información poco transparente o accesible; falta de intimidad, falta de rapidez de respuesta, listas de espera)
- Asistencia especializada y urgencias alejadas en zonas de interior
- La Sanidad Pública Malagueña necesita un edificio emblemático (dispersión de su hospital Regional, que lo convierte en ineficiente)
- Carencia de recursos sociosanitarios: CH único Hospital de Andalucía sin hospital de apoyo (no se está cubriendo con los hospitales concertados)
- Falta de planificación: priorizar la oferta asistencial, no duplicar servicios entre hospitales, necesario definir los niveles de complejidad
- Escasas políticas intersectoriales (promoción de la salud)

Fortalezas

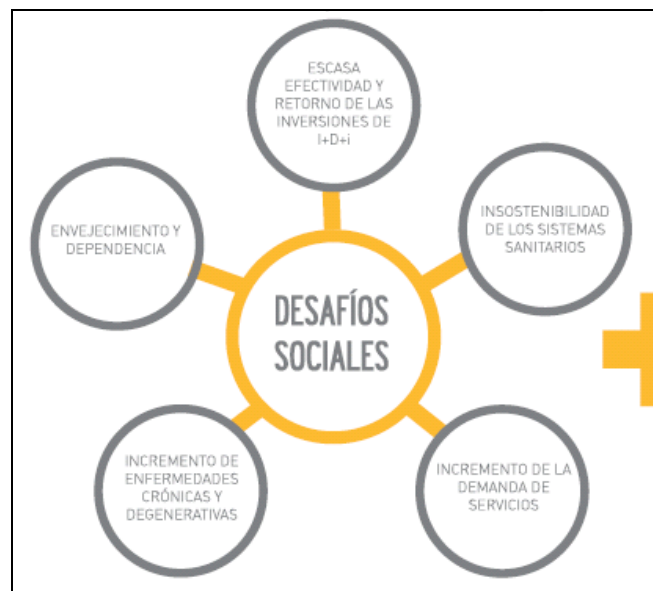
- Universalidad: modelo sanitario público con derecho a cobertura universal
- Importante Red Provincial de Hospitales y Centros de Salud
- Calidad científico – técnica
- Incorporación de las TIC y de los últimos avances tecnológicos en el equipamiento
- Accesibilidad
- Equidad

- Capacidad de adaptación para generar nuevos derechos
- Importante nicho de generación de proyectos I+D en Sanidad, que deben dinamizar la economía en la provincia
- Investigación biomédica: Centro de Nanomedicina, Instituto para el bienestar ciudadano

Oportunidades

- Introducción de marketing interno y externo
- Adaptación progresiva a los escenarios futuros: reorientación de los servicios con políticas transversales por parte de los profesionales sanitarios
- Introducción de políticas que mitiguen las desigualdades
- Propuestas de Envejecimiento Activo (políticas intersectoriales): ciudades adaptadas, escuelas de salud...
- Importante sector privado que da a nuestra provincia una buena cantidad de recursos: es bueno (o inevitable) que haya una oferta 'mixta' de servicios sanitarios
- Expectativas de crecimiento del porcentaje del PIB /gasto en sanidad que permite una mayor inversión en Salud y TIC

Del análisis de entorno y contexto interno del sistema, a su vez también se detectaron una serie de ideas fuerza asociables a desafíos sociales (cuadro adjunto) relacionados con las recomendaciones, líneas y propuestas de objetivos susceptibles de ser desarrollados en un contexto más amplio.



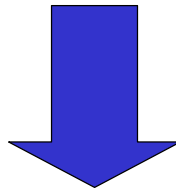
Fuente: Instituto de Innovación para el Bienestar del Ciudadano, I2BC. 2009 Málaga.

IDEAS FUERZA ASOCIABLES A OBJETIVOS DERIVADOS.

1. FOMENTAR LA AUTONOMIA Y CORRESPONSABILIZACION DE LAS PERSONAS EN LA GESTION Y CUIDADOS DE SU SALUD.

La primera conclusión de los expertos fue muy evidente. Parece inevitable que antes o después se produzca un cambio de paradigma en el concepto de sanidad hacia un modelo en el que el ciudadano y el paciente pasen a ser eje activo y cada vez más autónomo del sistema sanitario (ver la figura adjunta).

- Paciente pasivo que todo depende del sistema.
- Aumento de las complicaciones.
- Escasa calidad de vida y autonomía.
- Paciente poco implicado/preocupado por el control y seguimiento de su enfermedad
- Desconocimiento de muchos aspectos de su enfermedad.



- Paciente activo que toma la iniciativa se preocupa y gestiona su propia enfermedad.
- Disminución de complicaciones y costes asociados
- Aumento de la calidad de vida y autonomía.
- Valoración de los autocuidados y seguimiento de la enfermedad
- Paciente informado que toma decisiones.

2. DISEÑAR ESTRATEGIAS PARA FACILITAR DESDE EL SISTEMA LA AUTONOMIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD.

Para ello sería necesario reorientar el modelo de atención paternalista vigente orientado a la prestación del servicio y en el que paciente se encuentra en un segundo plano. Se siguen planteando circunstancias como la ocultación de diagnóstico al propio paciente y, en un modo de relación unidireccional, los profesionales sanitarios adoptan todas las decisiones y no comparten de forma explícita con el paciente la situación o el tratamiento a seguir. Se mantiene, a pesar de los esfuerzos en regular nuevos derechos ciudadanos, una relación asimétrica, jerárquica y distante.

El panel de expertos consultados propuso las siguientes líneas de acción, dentro del plan de actualización de actuaciones Estratégicas “Málaga-Horizonte 2012” a iniciativa de la Fundación Madeca para la Provincia de Málaga, considerando la situación y las tendencias del entorno que de una forma u otra influyen en unos servicios sanitarios actuales, eficientes y legitimados.

- En la actualidad, el paciente exige estar informado durante todo el proceso asistencial, desea gestionar su historia médica y demanda servicios de calidad, buscando, en ocasiones, segundas opiniones y en general, demandando un mayor número de servicios relacionados con la «medicina del bienestar».
- Cada vez mas, -ya no es el futuro- el paciente tiene un mayor nivel de interacción e integración en el sistema sanitario; participa en el proceso asistencial y en la toma de decisiones administrativas y clínicas; desea ejercer su capacidad de elección de médico y hospital, y en general desea que se mejore la atención y la confortabilidad.
- Demanda mantener la accesibilidad al sistema y solicita la minimizar las demoras en la atención al tiempo que exige que se comparta la información de forma transparente.
- Para llevar a cabo transformaciones el sistema necesita reorientar sus procesos, transformación en la que las nuevas tecnologías de la información tendrán sin duda un papel relevante. El núcleo de esta transformación está en el cambio cultural de profesionales y usuarios, y en la necesidad de una información accesible y pertinente.
- El modelo asistencial dotando al paciente de un mayor protagonismo en el cuidado de su enfermedad pasa por inculcar en la población nuevos valores para lograr su corresponsabilización en la utilización de los servicios sanitarios y en el cuidado de su propia salud.

3. FOMENTAR FORMULAS DE COLABORACION CON LOS MUNICIPIOS PARA PROGRAMAS AD-HOC DE AUTOCUIDADOS.

Para lograrlo han de ponerse en marcha mecanismos de concienciación con las autoridades y facilitar las herramientas que permitan fomentar los autocuidados con el liderazgo local de instituciones, asociaciones culturales, deportivas, religiosas y recreativas que fomenten y se sientan protagonistas de acciones sinérgicas de los autocuidados y efectos sobre la salud de las personas.

El desarrollo de los autocuidados se está potenciando en los últimos años debido a distintos factores:

- Clínicos: el aumento de enfermedades crónicas, que se mantienen durante toda la vida del paciente, implica poner en marcha herramientas de auto cuidados que no requieran una presencia continúa del profesional y permiten que el paciente maneje su situación de forma más autónoma.
- Económicos y políticos: el incremento del gasto sanitario provoca el buscar nuevas alternativas a los tratamientos y cuidados tradicionales con el fin de reducir costes de asistencia por parte de los centros sanitarios.
- Del paciente: la población dispone de menor tiempo libre y prefiere evitar las continuas visitas médicas.
- Tecnológicos: los auto cuidados se apoyan en gran medida en los dispositivos y tecnologías sanitarias, que están evolucionando continuamente y permiten mejorar la calidad asistencial de los pacientes.

4. OTRAS ACCIONES PRIORIZADAS EN EL DAFO, (FORO MADECA 2010).

- Elaboración y diseño de un plan de actuaciones en materia de modernización y ampliación de las infraestructuras sanitarias de atención especializada en Málaga en conexión sinérgica con las oportunidades del entorno científico, económico y social de la provincia.
- Mejorar los recursos que para la atención a enfermos crónicos tiene la ciudad, aumentando las infraestructuras, -esencialmente cuidados- orientadas a pacientes que requieren estancias y cuidados hospitalarios de media -larga duración.
- Puesta en marcha de nuevos canales de servicios sanitarios “sociedad-salud” para proveer esta tipología de servicios de forma directa y de forma más asertiva.
- Fomentar los convenios y las alianzas sinérgicas entre la universidad de Málaga, las empresas tecnológicas y

el sector salud, para convertir a Málaga en un referente europeo de la investigación y desarrollo biomédica.

- Impulsar un Foro de Ciudadanos, en el que asociaciones e iniciativas tuviesen un espacio de encuentro.
- Diseño y puesta en marcha de un plan de “Ciudad Adaptada”, en el cual y partiendo de la base de oportunidad que suponen el clima y paisajes de la ciudad, se desarrollen elementos asociados al envejecimiento activo de la población, escuelas de salud, TIC,-Salud-Deporte, etc.
- Mejorar la información a la ciudadanía
- Aumentar y publicitar los indicadores del sistema sanitario (“conocer para poder decidir”). Benchmarking de diferentes sistemas sanitarios de otros contextos y países.
- Aumentar los canales de información y acercar más los servicios sanitarios al ciudadano (teleasistencia, telemedicina, Wifi urbano)
- Dar información 24x7, la salud no tiene hora
- Servicios sanitarios más flexibles (ante los cambios de la demanda que se prevén por el crecimiento y envejecimiento de la población).
- Aumentar la formación continua y habilidades de comunicación del personal, desarrollando acciones específicas en los puntos que supongan tener comunicación con los usuarios.
- Reforzar los servicios de alertas sanitarias
- Aumento de visitas domiciliarias a personas mayores y en situación de riesgo (ECE)
- Aplicación de la Telemedicina, diversificando la accesibilidad a la atención: turnos de tarde, teléfono, internet, @mail, teletexto..., en todos los centros de atención especializada.
- Mantener y mejorar los actuales niveles de calidad de los servicios.
- Necesidad de sinergias y políticas intersectoriales, con la implicación de las Administraciones: Regional (Salud, Igualdad y Bienestar Social, Educación, Medio Ambiente, etc.), Provincial (Diputación) y Local Ayuntamientos.

LINEAS DE ACCION ESTRATEGICAS y OBJETIVOS.

A. UN NUEVO ESCENARIO PARA LAS NUEVAS NECESIDADES Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

En la sociedad actual, la atención y el cuidado de las personas mayores por parte de servicios públicos y privados especializados esta cobrando una importancia muy elevada. Los modelos tradicionales de familia y sus valores asociados, referentes a la atención de los familiares mayores han experimentado profundos cambios. Sobre todo en los ámbitos urbanos, pero cada vez más también en las zonas rurales se está dando el caso de que en lugar de realizar el cuidado en el seno familiar se acuden a centros especializados.

Debido a esta creciente demanda y la alta frecuencia de utilización, estos centros tienen cada vez más peso entre los servicios públicos, en donde podemos distinguir dos tipos de centros: los hogares o centros de día y las residencias. Ambos servicios se analizan a continuación.

Hogares para mayores. Por hogares para mayores, también conocidos como centros de día, se entienden establecimientos abiertos en donde se prestan servicios sociales y asistenciales a los beneficiarios y se realizan actividades culturales, deportivas, turísticas y manuales.

Estos centros prestan unos servicios esenciales para la vida diaria de las personas mayores tanto en el ámbito rural como el urbano. En la provincia, según los informes consultados, en general el nivel de equidad se sitúa por debajo de la media respecto al resto de provincias andaluzas. Sin embargo se observa una densidad muy alta de hogares en la costa, frente a algunos centros en el interior (Ronda, Antequera).

Residencias para mayores. Los centros residenciales son establecimientos destinados a estancia permanente, en donde se presta una asistencia integral y continuada a las personas que no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios. En residencias la provincia, en general presenta el mismo panorama que en relación con los hogares, habiendo diferencias significativas, la situación es algo peor, en la Costa del Sol y en la Serranía de Ronda.

El envejecimiento constituye un fenómeno que debe analizarse más allá de su componente demográfico. Sabemos que la estructura de edades de la población andaluza, española y mundial se está transformando, pero tras constatar el hecho, han de centrar la atención sobre las personas mayores. Lo que mostraremos en esta área son una serie de rasgos sociológicos que nos ayudarán a conocerlas mejor y a entender, analizando tanto aspectos

estructurales como tendencias de cambio, los diferentes modos que existen de envejecer.

B. GENERAR ENTORNOS DE SERVICIOS SOSTENIBLES Y EN RELACIÓN CON LOS FENÓMENOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

En el apartado de descriptivo inicial de este informe, señalábamos que la población andaluza envejece, al igual que la española y la del resto de las sociedades occidentales, por dos razones magníficas. Una podría denominarse el "milagro de la supervivencia". Y la otra razón es el control de la natalidad.

A medida que Europa entra en el siglo, la tendencia hacia una sociedad envejecida es un asunto cada vez más relevante para protección social, el mercado de trabajo, las tecnologías, los servicios, en resumen, para toda la economía y la sociedad (Walquer 1999).

España, dentro la UE se convertirá en el país con mayor proporción de personas con más de 65 años (36,5%) y menos personas con edad de trabajar, entre 16 y 64 años (52,9%) sobre el total en el año 2050.

Esto significa que la dependencia general, tasa, se situará en 1,13 personas en edad de trabajar por cada personas inactiva, lo que supone una grave amenaza sobre la financiación de los sistemas de protección social (salud, pensiones, etc.).

Gestionar el mantenimiento actual y la provisión de nuevos servicios para este escenario supone un reto sin precedentes dentro de la economía nacional, andaluza y local que tendrá un impacto muy importante en todos los ámbitos de la vida (social, laboral, económica, salud, territorio).

Según el profesor de la Facultad de Económicas de la UMA y vicerrector de Turismo el Doctor D. Ricardo Pagan en su informe 2009 sobre sectores tractores de la economía andaluza, los diferentes escenarios considerados prevén que en Andalucía entre los años 2006 y 2050 crecerá en 1.000.000 el número de personas con más de 65 años.

Una propuesta para esta provincia sería generar espacios sociosanitarios de forma que podrían organizarse, como un área de convergencia de los servicios sociales y sanitarios; en este entorno, ambos sistemas deben encontrar fórmulas para integrar no tanto los recursos que los representan, como la provisión de un paquete conjunto de servicios al usuario.



Fuente: Antares Consulting SA 2010-06-09

Lo verdaderamente “sociosanitario” será que ambos tipos de servicios, los preste quien los preste y desde el centro o la administración que sea, interactúen en la elaboración y realización de un plan de cuidados con unos objetivos comunes, consiguiendo generar sinergias entre las dos intervenciones.

Por este motivo, todos los expertos y sociedades científicas coinciden en señalar que el concepto de espacio sociosanitario: lo sociosanitario no son sólo unos servicios o recursos, es la actuación que debe darse a un conjunto de clientes que precisan de ambos tipos de servicios y atención, suministrada sinérgicamente.

C. VIVIR SALUDABLEMENTE.

El envejecimiento activo es un recurso fundamental que ayuda a las personas y comunidades a alcanzar su potencial de calidad de vida y significación a lo largo de todo su ciclo vital y a participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Es, por lo tanto, aplicable a cualquier estado de salud y con cualquier nivel de autonomía.

Pero llegar a un estado de salud favorable y óptimo exige, no sólo medidas iniciadas por los poderes públicos, sino también responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud y la inserción participativa en la realidad social.

Vivir y mantenerse en condiciones saludables es un derecho constitucional de la persona y debe ser un objetivo a trabajar durante todo el ciclo vital. No habría que esperar a llegar a los 65 años para comenzar a cuidarse, si bien al llegar a esta etapa de la vida algunas actividades adquieren especial relevancia.

Como señala la Organización Mundial de la Salud, "para fomentar el envejecimiento activo es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad".

Además, los servicios de salud y los servicios sociales han de estar integrados y coordinados, a la vez que ser efectivos y rentables para conseguir mejorar la calidad de vida de la ciudadanía.

Una política integral de envejecimiento saludable no puede obviar la influencia de los factores sociales sobre la salud en las distintas etapas del ciclo vital, atendiendo de forma específica a mujeres y hombres mayores de clases más desfavorecidas, donde se ha podido producir un efecto acumulativo de circunstancias adversas, incluso antes del nacimiento.

D. VIVIR PARTICIPANDO. INNOVACIÓN ASOCIADA AL ENVEJECIMIENTO, PARTICIPACIÓN Y RIQUEZA SOCIAL.

Hay muchas formas de entender el envejecimiento activo pero todas ellas hablan de participación de un modo u otro. ¿Por qué? Porque envejecemos mejor si tomamos parte de forma activa en nuestro propio proceso de envejecimiento, es decir, si nos implicamos en la toma de las decisiones que van a afectar cómo envejecemos. La participación de la que hablamos es social y nos pone en relación con esas otras personas que también envejecen. Además, al calificar esta participación de activa queremos decir, entre otras cosas, que participamos para hacer algo al respecto de nuestro envejecimiento; y con nuestra participación activa aportamos lo que podemos -ideas, tiempo, experiencia, capacidades, críticas, etcétera- para mejorar nuestro envejecimiento y el del resto de conciudadanos. Participación y contribución al envejecimiento van aquí de la mano.

Dentro del marco del envejecimiento activo, esta participación activa es continua, se realiza durante toda la vida, a todas las edades, dado que nos desarrollamos y envejecemos mientras vivimos. Por tanto, tiene poco sentido hablar de una participación exclusiva de personas mayores para personas mayores y con personas mayores; es más apropiado fomentar la participación social a todas las edades y entre todas las edades para contribuir al buen envejecimiento de todas las personas a lo largo de nuestras vidas.

Por otro lado, hablamos de una participación diversa porque ni hay una única manera de envejecer activamente ni todas las personas sabemos, podemos y queremos participar del mismo modo. A participar de este modo y a

envejecer de modo activo se aprende; de ahí la importancia de formarse a lo largo de toda la vida para tomar parte en el proceso de envejecimiento. Envejecer bien es una tarea, un proyecto vital capaz de guiarnos, de dar sentido a lo que hacemos y de orientarnos en el logro de la felicidad.

La implantación del envejecimiento activo en la provincia de Málaga plantea la exigencia de innovar, en alguna medida, nuestras actuales formas de envejecer, de mirar el envejecimiento y de aprovechar el envejecimiento como reto y oportunidad para el desarrollo más humano, equilibrado y sostenible de la sociedad.

REORIENTAR DE FORMA INNOVADORA LOS SERVICIOS DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS.

El modelo asistencial debe evolucionar dotando al paciente de un mayor protagonismo en el cuidado de su enfermedad. El sistema sanitario debe inculcar en la población nuevos valores para lograr su corresponsabilización en la utilización de los servicios sanitarios y en el cuidado de su propia salud. Por otro lado, fomentar en algunos países de nuestro entorno se están aplicando nuevos modelos de provisión en todos los niveles de atención, incorporando la perspectiva de los ciudadanos en dimensiones de relación interniveles y mejora de la accesibilidad .

El National Health Service (NHS) del Reino Unido hace varios años que impulsó un ambicioso programa de introducción de la sanidad en la Sociedad de la Información como estrategia para mejorar la autonomía de las personas en el manejo y responsabilidad de su salud que se articula en torno a cuatro ejes: ciudadanos, pacientes, profesionales y gestores.

El doble objetivo perseguido era lograr que los clínicos y gestores del NHS tuvieran la información necesaria para facilitar la actividad central del NHS a la vez que el público y los pacientes tuvieran corresponsabilidad mediante la gestión autónoma de un conjunto de información fácilmente accesible y de calidad sobre salud y servicios sanitarios.

Los objetivos se han concretado sobre las iniciativas de Historia Electrónica de Salud, acceso 24 horas online a las Historias de los pacientes así como a información sobre las mejores prácticas para todos los profesionales, soporte a la continuidad asistencial, acceso rápido y adecuado del público a la información así como asistencia a través de servicios online y Telemedicina. En Europa, los ciudadanos de países como el Reino Unido, Francia, Bélgica y Dinamarca tienen el derecho a elegir³ médico especialista y hospital público.

³ En España, sólo algunas CC.AA. reconocen en sus normativas la libre elección de hospital y son menos aún las que han establecido los procedimientos para ejercer la libertad de elección.

La percepción global que los ciudadanos de la UE tienen sobre el funcionamiento de sus sistemas sanitarios y sobre calidad de la atención sanitaria es en general buena. Así lo indican los sucesivos Barómetros y encuestas editados por la OCDE, la Comisión Europea y el Parlamento.

Las necesidades de renovación de las infraestructuras y del equipamiento en el sistema sanitario público, en un contexto de imparable crecimiento de los gastos sanitarios, han hecho que muchos países como Inglaterra, Holanda, Francia y alguna Comunidad Autónoma en España, hayan acudido en los últimos años a fórmulas de colaboración público-privada (CPP).

Estas fórmulas han permitido a los sistemas sanitarios acometer las cuantiosas e inaplazables inversiones necesarias mediante modelos de gestión y financiación privada de las infraestructuras públicas, así como incorporar ciertas experiencias positivas de la iniciativa privada en la gestión, no sólo de los servicios no clínicos sino incluso también de los clínicos.

En este sentido, podrían definirse espacios de colaboración público privado en el ámbito local, en colaboración e implicación con agentes, instituciones y empresas locales para buscar formulas de servicio integrados en dimensiones de servicios innovadores que fomenten la calidad y la autonomía de los ciudadanos.

La sinergia de entorno de estas iniciativas podrían incidir en generar riqueza, conocimiento y búsqueda de tecnologías ad-hoc en relación con empleos de valor añadido en el ámbito íntimo y directo donde se producen las necesidades y también las soluciones. En relación con esta línea cabría explorar formulas de financiación privada en relación con subvenciones lanzaderas para este tipo de iniciativas muy locales y en función de las características de cada territorio o entidad.

E. OTRAS LINEAS DE ACCION EN LAS QUE SERIA NECESARIO INVESTIGAR Y PROFUNDIZAR.

- Tanto la descripción de la situación como en el análisis, en el espíritu del informe se vislumbra un creciente papel de empoderamiento del ciudadano, paciente, consumidor, para introducir nuevas dinámicas en los servicios y la constatación de que la sociedad, en la medida que mejora su nivel de bienestar, acepta y está dispuesta a incrementar su factura sanitaria.

En este sentido la Junta de Andalucía fue pionera, ya que por medio de «Salud Responde» se gestiona la oferta de, entre otros servicios, el derecho a la elección de hospital.

Se pone en evidencia que los ciudadanos se preocupan más por su salud, entre otras cosas porque sin salud es imposible disfrutar de ningún nivel de vida, por más recursos que se dispongan.

En un contexto de crisis económica y déficit fiscal del estado para sostener el sistema, las implicaciones organizativas son evidentes: es irrenunciable corresponsabilizar a los ciudadanos, gobiernos locales y actores del sistema en el uso de los servicios sanitarios, en el cuidado de su propia salud y en la adherencia a los tratamientos, en la misma medida que se priorizan estrategias orientadas al control del gasto y a la sostenibilidad económica preservando el corazón del sistema: la equidad, o lo que es lo mismo, igual recurso para igual necesidad.

- En general parece congruente plantear que mejoras en los estilos de vida, habrían de asociarse a reducir el gasto sanitario en la medida que las personas enferman menos. Sin embargo, la evidencia empírica señala que esto no es así, ya que el mayor porcentaje del gasto sanitario se produce en los últimos años de la vida. Se gasta dinero por que se muere no por que se envejece, siendo la enfermedad elemento desencadenante de la provisión de servicios y sus costes.
- No se dice nada nuevo al afirmar que la prevención juega un papel clave en relación con las enfermedades, especialmente las crónicas nítidamente asociables al envejecimiento y representan la principal carga para los sistemas sanitarios occidentales, la mayoría de ellas prevenibles y susceptibles de abordaje mediante estrategias de promoción en estilos de vida saludable.

Las tecnologías y el conocimiento científico actualmente, permiten retrasar y controlar las complicaciones que generan las enfermedades, siendo para ello necesario disponer de la instrucción y de las herramientas adecuadas que permitan acceder a la información y a unos servicios ubicuos de calidad.

Para ello es indispensable generar estímulos, pegar las soluciones al territorio, -donde viven las personas- y explorar formulas de “compromiso” entre los agentes de forma que las empresas de tecnología sanitaria y de las comunicaciones tengan un papel relevante en el desarrollo de los auto cuidados; Con evidentes efectos colaterales que inciden de forma positiva en el desarrollo económico y social del lugar donde se establezcan.

- Tal como se plantea en otros puntos del informe, volvemos, a incidir en que el aumento del coste no viene dado por el envejecimiento de la población sino por el mayor reconocimiento de sus derechos, tanto sanitarios como sociales. Es mucho más fácil dirigir nuevos servicios hacia formas más eficientes, que hacerlo con servicios consolidados.

En muchos casos, no se trata simplemente de aumentar los recursos, se trata de ofrecer servicios diferentes. Si desaparece el cuidador informal, ¿quién recoge el testigo? El incremento de las personas mayores y en consecuencia del número de personas con necesidad de cuidados se produce en paralelo al debilitamiento de figuras y estructuras familiares que tradicionalmente han propiciado el ejercicio del cuidado informal en el hogar.

- Pensar en las personas o pensar en los recursos? En este contexto global, donde las personas pasan de ser sujetos pasivos a ser sujetos activos de su propio bienestar, la prestación de servicios basa el desarrollo en una comprensión profunda de su actividad; se reenfoca de la pura asistencia a la promoción, de la fragmentación a la globalidad y de la estandarización a la personalización.

Esta concepción se sustenta en dos grandes puntales: el empowering y la calidad de vida. Ambos conceptos nos transportan a un medio de la prestación de servicios, del que la personalización es el eje de actuación.

Al plantear de calidad de vida, se parte de la comprensión integral de unos personas, cuyo bienestar depende de multitud de aspectos. Toda intervención para la atención a las necesidades que genera la dependencia debe partir de esta comprensión y, por tanto, atender simultáneamente todas aquellas facetas de la vida del individuo en las que se da alguna necesidad. La mayoría de las iniciativas desarrolladas hasta ahora en España han sido aisladas, con la excepción de las campañas de fomento de hábitos.

- En este informe se plantea como propuesta de desarrollo de acciones futuras, que más allá de que las políticas sociosanitarias creen o no un tercer sector entre la sanidad y los servicios sociales, sí deben tender a garantizar que la necesidad de cada tipo de servicio sea satisfecha en la práctica a lo largo de las dos redes (la sanitaria y la social) y en los ámbitos comunes que se decidan.
- En Málaga, al igual que en el resto de nuestro país en el que las redes sanitaria y social están separadas y trabajan con una gestión e incentivos diferenciados, el campo de intervención que se propone es inventar los mecanismos e incentivos para que ambas redes trabajen de forma integrada para aquellos clientes que así lo necesiten en base a las siguientes Claves:
 1. Actuación conjunta a clientes suministrada sinérgicamente
 2. Crear recursos específicamente sociosanitarios (unidades o centros)
 3. Mayor corresponsabilización en el uso de los servicios sanitarios y en el cuidado de su propia salud y adherencia a los tratamientos

4. Incrementar la regulación relativa a estilos de vida (tabaco) ya que incidirá en reducir el gasto sanitario.
5. Fomentar la presencia de cluster de empresas de tecnología sanitaria, relevantes en el desarrollo de los autocuidados (tecnología ambiental, ubicua, personalizada, etc.)

• CONCLUSIONES

Son varios elementos los elementos que inciden en la necesidad ajustar la oferta de servicios, y no-solo el envejecimiento demográfico, dentro de un proceso complejo.

Dimensiones como el aumento de las expectativas de los ciudadanos, el mayor peso relativo de las personas mayores con dependencia, las variaciones en el estado de salud de la población, la disposición de nuevas tecnologías o la evolución de los costes de la asistencia sanitaria, son evidentes fuentes de tensión.

La insuficiencia de nuestros sistemas de información para actualizar la situación de salud y bienestar de la población, así como la suficiencia en la oferta de recursos y el funcionamiento efectivo y eficiente de los servicios sanitarios, es objeto de un antiguo debate recientemente activado en distintos foros ante la necesidad de ajustes.

A pesar de las debilidades, una buena cantidad de informes, publicaciones oficiales y estudios científicos institucionales permiten que en general la información sea accesible para analizar el estado y la situación de nuestro sistema sanitario y las diferencias en la oferta de recursos y su gestión entre provincias y comunidades autónomas.

Un aspecto importante del futuro de la provisión de servicios es la incorporación de líneas de servicios que incorporen elementos derivados de desarrollo de las TIC, la robótica, los sistemas expertos y los sistemas inteligentes para proveer de forma ubicua servicios de salud para necesidades prevalentes que actualmente están en investigación y que habrían de abordarse de forma específica en otros trabajos de alcance también estratégico.

Málaga, 1 de septiembre de 2010

● REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2009. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Sept. 2009.
2. Plan de Actuaciones Estratégicas para la Provincia de Málaga. Asociación Madeca. Málaga 2008.
3. Proyección de la Población de España a Largo Plazo, 2009-2049. INE 2010.
4. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2008. Dirección General de Planificación e Innovación Sanitaria Servicio de Información y Evaluación Unidad Estadística Andalucía, 2009.
5. Gispert Rosa, Giné Josep M. Diferencias entre público y privado en la asistencia hospitalaria en España: ¿realidad asistencial o falacia numérica?. Gac Sanit [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2010 Jun 23] ; 20(2): 149-152. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200010&lng=es.
6. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Resumen ejecutivo. Antares Consulting. Marzo de 2010.
7. PricewaterhouseCoopers, HealthCast 2020 “Creando un futuro sostenible”.
8. Sistema Nacional de Salud de España 2010. (Monografía en Internet). Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto de Información Sanitaria.
9. Cuadernos “Fundación BBVA” nº 19 “La población de Málaga”. Serie disponible en www.fbbva.es.
10. La asistencia sanitaria en 2015. Nuevos modelos y competencias en la prestación de servicios. IBM Institute for Business Value. 2009.
11. Tecnologías para la vida independiente. AAL como sector tractor y emergente de la economía andaluza. Cuadernos de Innovación nº 4 nov 2009. I2BC, Instituto de Innovación para el Bienestar del Ciudadana, Málaga.
12. Plan Estratégico Costa del Sol Occidental. 2008. Mancomunidad de Municipios de la Costa del Sol Occidental.
13. Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España. Antares Consulting, S. A. Madrid, 2010.
14. TIC y dependencia. Madrid. Mayo 2007. Fundación FUNDACIÓN VODAFONE ESPAÑA.
15. Informe eVIA 2009. Plataforma tecnológica española de las tecnologías para la salud , el bienestar y la cohesión social.