



## INFORME DE LA VISITA TÉCNICA AL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

**MODELOS DE DESARROLLO DE SISTEMAS BASADOS  
EN APS Y ORGANIZADOS EN REDES INTEGRADAS E  
INTEGRALES DE SERVICIOS Y CUIDADOS DE SALUD**

**Ruta de cooperación técnica Ministerio de salud y  
protección social-OPS/OMS  
Septiembre 11 al 15 de 2023**

---

# PARTICIPANTES

CATALINA ASCANIO NOREÑA  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Asesora Viceministro de Protección Social  
[cascanio@Minsalud.gov.co](mailto:cascanio@Minsalud.gov.co)

HEIDY GARCIA OROZCO  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Profesional Especializado Dirección Promoción y Prevención  
[hgarcia@Minsalud.gov.co](mailto:hgarcia@Minsalud.gov.co)

GLORIA MILENA GRACIA CHARRY  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Asesora Viceministro de Salud Pública  
[ggracia@Minsalud.gov.co](mailto:ggracia@Minsalud.gov.co)

MÓNICA YOLANDA PADILLA DÍAZ  
Organización Panamericana de la Salud OPS  
Asesora Área de Sistemas y Servicios de Salud OPS  
[padillamo@paho.org](mailto:padillamo@paho.org)

JUAN FERNANDO GARCÍA CANO  
Organización Panamericana de la Salud OPS  
Consultor Nacional Área de Sistemas y Servicios de Salud  
[garciajua@paho.org](mailto:garciajua@paho.org)

YEISON ADOLFO CAMPOS GARCÍA  
Organización Panamericana de la Salud OPS  
Consultor Nacional Área de Sistemas y Servicios de Salud  
[camposyei@paho.org](mailto:camposyei@paho.org)

GLORIA NALLYBE PRADO PINO  
Organización Panamericana de la Salud OPS  
Consultor Nacional Área Emergencias en Salud  
[pradoglo@paho.org](mailto:pradoglo@paho.org)

IVAN FAJARDO SARMIENTO  
Gobernación Departamental del Quindío  
Secretario Departamental de Salud  
[salud@gobernacionquindio.gov.co](mailto:salud@gobernacionquindio.gov.co)

---

LIGIA AMPARO TORRES ACEVEDO  
Gobernación Departamental de Antioquia  
Secretaría Seccional de Salud y Protección Social  
[ligiaamparo.torres@antioquia.gov.co](mailto:ligiaamparo.torres@antioquia.gov.co)

MARIA CRISTINA LESMES DUQUE  
Gobernación Departamental del Valle del Cauca  
Secretaría Departamental de Salud  
[mclesmes@valledelcauca.gov.co](mailto:mclesmes@valledelcauca.gov.co)

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE  
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina  
Director Ejecutivo ASCOFAME  
[lortiz@ascofame.org.co](mailto:lortiz@ascofame.org.co)

CLAUDIA MARCELA VELÁSQUEZ JIMENEZ  
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales  
Directora Programa de Enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y  
Ambientales - UDCA- Vicepresidente Asociación Colombiana de Escuelas y  
Facultades de Enfermería ACOFAEN  
[mvelasquez@udca.edu.co](mailto:mvelasquez@udca.edu.co)

ANGELA PATRICIA CUESTA CAICEDO  
Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba  
Decana Facultad de Ciencias de la Salud  
[d-angela.cuesta@utch.edu.co](mailto:d-angela.cuesta@utch.edu.co)

YULY ANDREA MARÍN OSPINA  
Universidad de Antioquia  
Jefe Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública - Facultad de  
Medicina  
[yulyandrea.marin@udea.edu.co](mailto:yulyandrea.marin@udea.edu.co)

---

# CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| PARTICIPANTES.....  | 2  |
| INTRODUCCION .....  | 6  |
| OBJETIVOS DE LA VISITA TÉCNICA.....   | 8  |
| OBJETIVO GENERAL .....  | 8  |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 8  |
| AGENDA RESUMIDA DE LA VISTA .....   | 9  |
| PROPÓSITO DEL INFORME.....  | 11 |
| SISTEMA DE SALUD DE ANDALUCIA Y SU CONTEXTO .....   | 12 |
| GENERALIDADES DE ANDALUCÍA .....  | 13 |
| SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA .....   | 13 |
| GOBERNANZA Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO<br>ANDALUZ SSPA.....  | 19 |
| ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN<br>DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) Y SISTEMA DE INFORMACIÓN ..... | 31 |
| GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD Y PARTICIPACIÓN<br>SOCIAL.....   | 43 |
| ASPECTOS A DETACAR EN EL SISTEMA DE SALUD DE ANDALUCIA .....  | 54 |
| RECOMENDACIONES EN RELACION CON LA PROPUESTA DEL NUEVO<br>SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....                                     | 62 |
| CONCLUSIONES .....  | 69 |
| BIBLIOGRAFIA .....  | 74 |

---

## LISTA DE GRÁFICAS

|  |    |
|--|----|
| Gráfica 1. Provincias de la Región Autónoma de Granada. Tomada de presentaciones suministradas por la Escuela Andaluza de Salud Pública.....                                       | 13 |
| Gráfica 2 .Año en que se descentraliza cada sistema de salud según las comunidades autónomas. Tomada de presentaciones suministradas por la Escuela Andaluza de Salud Pública..... | 15 |
| Gráfica 3. Gasto sanitario público en %, gestionado por las comunidades autónomas.....   | 16 |
| Gráfica 4 Organización del sistema Sanitario público Andaluz.....  | 26 |
| Gráfica 5 Estadísticas de indicadores de oportunidad.....  | 30 |
| Gráfica 6 estadísticas de espera consulta especialidades.....  | 30 |

## LISTA DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 Principios rectores de la gobernanza en la administración del sistema de salud de Andalucía.....  | 21 |
| Tabla 2 Marco normativo y planes del sistema sanitario público Andaluz.....                               | 23 |
| Tabla 3 Programas de grado ofertados por la Universidad de Granada según años de duración y créditos..... | 46 |





## INTRODUCCION

---

La propuesta actual del gobierno colombiano relacionada con realizar una reforma al sistema de salud centrado en un modelo de atención primaria preventivo, predictivo y resolutivo, propone grandes retos al país y por supuesto a cada uno de los actores que hacen parte del sistema.

En ese marco, la visita técnica realizada al Sistema de Salud Pública Andaluz, objeto de este informe, como una de las experiencias exitosas de la organización de servicios de atención primaria, dentro de un sistema de salud descentralizado y autónomo, provee información fundamental sobre los requerimientos, escenarios, talento humano, servicios e insumos necesarios para su puesta en marcha, y se convierte en una oportunidad de aprendizaje, que esperamos aporte ideas al Ministerio de Salud y Protección Social del país, para proponer de forma pertinente y adecuada, la reorganización de las funciones de los diferentes actores dentro de un nuevo sistema, y establecer otras maneras de ejercer la gobernanza y rectoría, cuyo resultado sea el cumplimiento de la generación de condiciones para que se cumpla con derecho fundamental de la salud de la población colombiana con oportunidad, calidad, accesibilidad, y en lógicas de articulación entre el gobierno central y los gobiernos locales y departamentales.

El haber efectuado un diálogo reflexivo sobre los principales elementos que caracterizan el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), desde su proceso de construcción, estructuras de gobernanza y rectoría, instrumentos de gestión y políticas de fortalecimiento de la APS como base del sistema, abre la posibilidad además, de proponer un trabajo mancomunado en lógicas de red desde los territorios, para lograr construir propuestas de desarrollo del sistema acorde a sus contextos, optimizando e integrando la red de servicios de salud, la academia, la participación social y en general los diversos actores que conformaría un nuevo sistema de salud.

Este documento, entonces, está organizado en varios apartes donde a partir de la agenda desarrollada en la visita se propone, en primer lugar una contextualización general de la región y del sistema de salud español para en segunda instancia, explicar la estructura y organización del Sistema de salud andaluz, sus formas de gerencia, gestión y gobernanza, la organización para la prestación de los servicios de atención primaria propiamente dichos, el recurso humano que participa, la cooperación mutua entre academia y servicios de atención, para finalmente plantear un análisis de los factores relevantes a destacar desde la óptica de los participantes y finalizar con unas recomendaciones en coherencia con los retos actuales que tendrá la reforma.

---

# OBJETIVOS DE LA VISITA TÉCNICA

## OBJETIVO GENERAL

Describir y establecer un diálogo reflexivo sobre los principales elementos que caracterizan el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), desde su proceso de construcción, estructuras de gobernanza, instrumentos de gestión y políticas de fortalecimiento de APS como base del sistema, de manera que, mediante el contraste y reflexión crítica de las diferentes experiencias, estrategias y prácticas, los participantes puedan obtener elementos útiles para el desarrollo de sus responsabilidades.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer los valores, estructuras de gobernanza, marco normativo y políticas sobre las que se asienta el SSPA en el marco del sistema nacional de salud (SNS).  
Caracterizar la organización de la red de servicios del SSPA y los modelos de atención de Andalucía, sus retos y oportunidades en los nuevos escenarios de la Salud Pública.
2. Identificar los elementos operativos para establecer los atributos, conceptos y generalidades, diseño e implementación de una red integral e integrada de servicios de salud con enfoque de atención primaria en salud.
3. Identificar los componentes (Talento Humano, Infraestructura, Dotación, financiamiento) para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como puerta de entrada al Sistema de Salud.
4. Establecer un diálogo entre el equipo técnico colombiano a lo largo de la visita que permita un intercambio dinámico e interactivo en función de los desafíos que se desprenden de la propuesta de reforma de la salud en Colombia.



# AGENDA RESUMIDA DE LA VISTA

| DIA    | ACTIVIDAD  | ESCENARIO  |
|--------|--|--|
| Día 1  | Presentaciones y debate sobre la evolución del SSPA y la gobernanza del sistema en la perspectiva de salud y determinantes sociales de la salud.   | <p><b>Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Bienvenida Presentación del Programa de pasantía y participantes Presentación de experiencia y expectativas de los participantes</li> <li>● Repaso de elementos informativos sobre la ciudad de Granada.</li> <li>● El sistema de Salud en España y en Andalucía Evolución histórica Principios y características organizativas Mecanismos de financiación y coordinación</li> <li>● Discusión sobre “Desafíos para el desarrollo de APS y la organización en redes asistenciales en Andalucía hacia resultados basados en la salud de las personas. El desarrollo de APS en la perspectiva de determinantes sociales de la salud”</li> <li>● Reforma Sistema de Salud Colombiano</li> </ul> |
| Día 2. | Visita de campo, presentaciones y debate sobre estrategias e intervenciones en APS, organización de la red de servicios y el modelo de alta resolución en Andalucía. Presentaciones y debate sobre las políticas para el desarrollo de APS y la organización en redes asistenciales. | <p><b>Hospital Alta Resolución Guadix y CS Marquesado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Presentación del modelo de hospital de alta resolución HAR como parte de la</li> <li>● organización en redes asistenciales.</li> <li>● Visita a las instalaciones.</li> <li>● Visita Centro de Salud de “El Marquesado”.</li> <li>● Organización y funcionamiento.</li> <li>● Sistemas de gestión. Historia clínica digital DIRAYA.</li> <li>● Gestión clínica</li> </ul>   |
| Día 3  | Gestión financiera del sistema, incentivos y resultados basados en la salud de las personas. Planificación y   | <p><b>IAVANTE, Granada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Innovación en formación sanitaria continuada</li> <li>● Planificación y regulación de la formación y gestión del talento humano</li> </ul>   |

| DIA   | ACTIVIDAD   | ESCENARIO  |
|-------|---|--|
|       | <p>regulación de la formación y gestión del talento humano. Visita de campo a centro de innovación en formación sanitaria continuada.</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nuevos roles ciudadanos. La Escuela de Pacientes: La escuela de pacientes de Andalucía: Marco de referencia y modelo de trabajo. Principales áreas de intervención y resultados obtenidos</li> </ul>  |
| Día 4 | <p>Vista de campo, presentaciones y discusión sobre instrumentos y metodologías en el ámbito de los cuidados y los nuevos campos de la práctica enfermera.</p>                                  | <p><b>Área Sanitaria Norte de Málaga (Antequera, Málaga)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hospital de Antequera. - Organización funcional - Funciones del Área Sanitaria Norte de Málaga</li> <li>● La estrategia de cronicidad en el Área Sanitaria Norte de Málaga.</li> <li>● Gestión de casos y otras innovaciones en enfermería</li> <li>● Políticas de personal y gestión de recursos humanos y materiales</li> <li>● Modelo de gestión de los recursos humanos de salud: la contratación, estrategias de permanencia. incentivos al desempeño, planes de objetivos profesionales</li> </ul>                         |
| Día 5 | <p>Visita de campo a unidad del SSPA que integra intervenciones en APS y emergencias sanitarias. Debate sobre análisis comparado de los retos en Andalucía y Colombia. Evaluación y cierre.</p> | <p><b>Centro de Salud de Almanjajar y EASP. Granada</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Presentación de un centro de salud urbano Modelo de financiación del SSPA, con énfasis en la APS</li> <li>● Modelo de gestión de los recursos humanos de salud: la contratación, estrategias de permanencia en lugares más complejos o vulnerables, incentivos al desempeño, planes de objetivos profesionales, de equipo o individuales y evaluación de desempeño.</li> <li>● Evaluación de la pasantía</li> <li>● Encuesta de satisfacción</li> <li>● Ronda de reflexiones a partir de los temas tratados en la pasantía</li> </ul> |

---

## PROPÓSITO DEL INFORME

Teniendo en cuenta la agenda propuesta y los objetivos de la visita, el informe tiene como propósito recoger las apreciaciones de los asistentes sobre el sistema andaluz, a partir de la descripción de los principales elementos que se identificaron como fundamentales en el mismo ,de manera que, mediante el contraste y reflexión crítica se proponga una análisis del mismo en comparación con nuestro actual sistema de salud , reconociendo los factores exitosos del sistema andaluz , sus dificultades y las posibles coincidencias y recomendaciones con la propuesta del gobierno nacional sobre la implementación de un modelos de APS, resignificado en lógicas de prevención, predicción y resolución.



## SISTEMA DE SALUD DE ANDALUCIA Y SU CONTEXTO

---

## GENERALIDADES DE ANDALUCÍA

Andalucía cuya capital es Sevilla, es una de las 17 comunidades autónomas de España. Situada al sur de la Península Ibérica, cuenta con 87.268 km<sup>2</sup> de extensión y 8.4 millones de habitantes <sup>1</sup>. Está formada por 8 provincias: Almería, Cádiz, Córdoba, Huelva, Jaén, Sevilla, Málaga y Granada. La visita técnica se realizó en algunas instituciones de las dos últimas provincias. En la siguiente gráfica se observan las provincias mencionadas.



**Gráfica 1.** Provincias de la Región Autónoma de Granada. Tomada de presentaciones suministradas por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud de España está reglamentado por La Ley General de Sanidad, del 25 de abril de 1986 que da el contexto para establecer el Servicio Nacional de Salud y regular de manera general las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocida en la constitución Nacional a partir de la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos.<sup>2</sup>

El Servicio Nacional de salud se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El

---

<sup>1</sup> World Health Organization. European Region. Andalucía, Spain. 2022.

<sup>2</sup> España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

<https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>



---

Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Las principales características de este modelo consignadas en la Ley 14/1986 General de Sanidad española son <sup>3</sup>:

- **Universalización de la atención.** Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.
- **Accesibilidad y desconcentración.** Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.
- **Descentralización.** En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.
- **Atención Primaria.** En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud, a la cual se hará referencia más adelante.
- **Participación de la comunidad.** Los ciudadanos participan en la orientación y el control del funcionamiento del sistema nacional de salud, a través de los órganos de gestión locales y regionales.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es definido en palabras de uno de los expositores como “*un conjunto de servicios de salud de las comunidades autónomas coordinados*”. Es importante mencionar que el SNS actual tiene como antecedentes la reorganización del Estado después de la caída de la

---

<sup>3</sup> Ibidem

dictadura en 1978, la cual duró 40 años. Esto significó para el país un cambio en diferentes ámbitos, siendo relevante mencionar que se conformó un estado descentralizado con 17 comunidades autónomas. Lo cual es muy relevante en salud puesto que, si bien existen lineamientos generales, puede decirse que existen “17 sistemas de salud”.

Se destaca que la transición entre la centralización y descentralización, entre el sistema de seguridad social y el sistema nacional, y entre la financiación vía parafiscal a una basada en su totalidad en impuestos fue paulatina y progresiva. La transferencia de competencias empezó en 1984 y finalizó en el año 2002. Para el caso de Andalucía se da en 1986.

Mapa comunidades autónomas de España



**Gráfica 2** .Año en que se descentraliza cada sistema de salud según las comunidades autónomas. Tomada de presentaciones suministradas por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Según datos del Ministerio de Sanidad<sup>4</sup>, el Sistema Nacional de Salud de España ofrece cobertura de 47 millones de habitantes. Los españoles tienen esperanza de vida al nacer de 82 años. Entre los principales problemas de salud

<sup>4</sup> Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>

se encuentran: las dislipidemias, afectaciones a la salud mental, hipertensión arterial, problemas osteomusculares, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En relación con los estilos de vida: el 16% de los adultos y el 10% de la población infantil padece obesidad, 20% de la población consume tabaco y 35 % consume licor diariamente, 36 % no realiza actividad física.

Para la atención de la población, España cuenta con 466 hospitales, 3.000 centros de salud, 10.000 consultorios y 2.000 puntos de atención de urgencia extrahospitalaria. En relación con los profesionales cuenta con 168.000 en medicina, 220.000 en enfermería y 365.000 en otras profesiones.

En relación con el financiamiento invierten el 10.9% del PIB (8% público y 2.9 % privado). El gasto público es 90.300 millones de euros al año, 1.907 por habitante, de los cuales el 70% se destinan a atención curativa, rehabilitación y cuidados de larga duración. El gasto privado es de 32.500 millones de euros al año. En la siguiente gráfica puede verse la distribución del gasto en salud, tanto de España como de Andalucía.

|               | Clasificación económica  |                      |            |             | Clasificación funcional             |                   |             |            |
|---------------|--------------------------|----------------------|------------|-------------|-------------------------------------|-------------------|-------------|------------|
|               | Remuneración de personal | Consumos intermedios | Conciertos | Otros       | Servicios de atención especializada | Atención primaria | Farmacia    | Otros      |
| <b>España</b> | <b>44,9</b>              | <b>27,7</b>          | <b>8,5</b> | <b>19,0</b> | <b>63,6</b>                         | <b>13,9</b>       | <b>15,0</b> | <b>7,4</b> |
| Andalucía     | 48,1                     | 26,1                 | 4,0        | 21,9        | 59,7                                | 17,7              | 17,4        | 5,3        |

**Gráfica 3.** Gasto sanitario público en %, gestionado por las comunidades autónomas.

Fuente: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Los conciertos son servicios contratados con la red privada.

Las fuentes para financiar el Sistema Nacional de Salud y los Sistemas de Salud de las comunidades autónomas provienen de los impuestos generales agrupados así:

- **Impuestos cedidos totalmente a las regiones:** juego, donaciones, transporte, sucesiones.
- **Impuestos cedidos parcialmente:** salario (50 % va al estado y 50 % a las regiones), IVA (50% a la comunidad autónoma), alcohol, tabaco e hidrocarburos.
- **Fondo de garantía de servicios públicos fundamentales:** Según lo explicado, busca el equilibrio entre las regiones.
- **Fondo de suficiencia Global**

---

Una diferencia para destacar en las fuentes entre los sistemas de salud español y colombiano es que en España no se captan recursos vía parafiscal. Los trabajadores que devengan más de 1.900 euros al mes aportan 20% para impuestos generales.

El artículo 149.1. 16.<sup>a</sup> de la Constitución Española atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y señala que corresponde a las Comunidades Autónomas la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en todos los niveles y para toda la población.

Existe una relación y coordinación entre el nivel nacional y regional. El Ministerio de Sanidad tiene las siguientes funciones:

- Sanidad exterior (Fronteras, reglamento sanitario internacional)
- Bases y coordinación de la sanidad general (formación, salarios, etc.)
- Legislación sobre productos farmacéuticos
- Legislación básica sobre servicios sanitarios

La coordinación entre los niveles se da en el Consejo Interterritorial en Salud en donde concurren autoridades sanitarias de las comunidades autónomas, discuten y conciertan diferentes lineamientos. Este órgano permanente tiene como fin *“la cooperación, coordinación y comunicación entre los Servicios de Salud con la Administración del Estado, con la finalidad de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva y equitativa de los cuidados en todo el territorio”*<sup>5</sup>. Materializan las decisiones a través de acuerdos, planes conjuntos y recomendaciones. Algunos ejemplos de temas discutidos son: plan de vacunación, prestaciones, determinantes, medicamentos, etc.

Entre los desafíos<sup>6</sup> que presenta el Sistema Nacional de Salud Español están:

- Desarrollar una estrategia para mitigar el impacto de la pandemia en otras patologías
- Definir un nuevo marco de atención a la cronicidad: ello implica nueva atención primaria y otra coordinación con lo sociosanitario
- Definir las necesidades de recursos humanos y de equipamientos para la sanidad post-covid.
- Definir una estrategia de digitalización
- Definir una estrategia de impulso a la innovación (fármacos, equipos diagnósticos, inteligencia artificial) que contemplara criterios de coste-efectividad y valor

---

<sup>5</sup> Información tomada de las presentaciones suministrada por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

<sup>6</sup> Conferencia Sistema Nacional de Salud España hoy en el marco de la Visita Técnica.

- 
- Definir un nuevo marco de financiación

Si bien la mayor parte de la población pertenece al Sistema Nacional de Salud, existe una proporción de aproximadamente 2 millones de habitantes que pertenecen a lo que sería en Colombia un **régimen especial**. Estas poblaciones son los empleados públicos (a excepción de los sanitarios) quienes se afilian a empresas privadas - “mutuales”- que están encargadas de su atención. Cada año las personas pueden decidir quedarse en las mutuales o pasar al SNS. A juicio de algunos sanitarios, conservar este régimen es problemático porque las mutuales incentivan el traslado al SNS cuando las personas tienen enfermedades de alto costo, porque todas las personas pasan al SNS después de la edad de jubilación (cuando tiene mayor carga de enfermedad) y finalmente porque en lugares más apartados no cuentan con red y su población debe ser atendida por el sistema público.

Otro punto interesante del SNS sería lo que en Colombia se asemejaría a la **portabilidad**. Los españoles están identificados con una tarjeta sanitaria que les permite el acceso a los diferentes servicios. Cuando cambian de comunidad autónoma e incluso viajan a otros países de la Unión Europea, se registran en el ayuntamiento del lugar receptor para quedar empadronados y tener acceso a los servicios de salud. La comunidad autónoma paga un monto mensual por el ciudadano.





# GOBERNANZA Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ SSPA

---

## DESCRIPCION

Quizá uno de los principios que fueron resaltados durante la presentación realizada por parte de los miembros de la escuela de salud pública andaluza sobre el origen e historia de la conformación del Sistema sanitario público andaluz SSPA y que quedo consignada en la Ley 16/2011, de 23 de diciembre de 2011<sup>7</sup>, de Salud Pública de Andalucía, se refiere a la importancia de la aplicación de la gobernanza como método de gobernabilidad de la salud pública para el logro de metas en salud. Según se nos señaló, el sistema en su organización inicial hizo una apuesta por una construcción de la salud pública que diera un acceso igualitario, equitativo y solidario, a la población en la lógica del desarrollo personal, de progreso y bienestar social.

La gobernanza representa un elemento constitutivo de primer orden que organiza las relaciones entre la ciudadanía y los poderes públicos ordenando la organización administrativa en función de las premisas y principios que exige el sistema.

Su declaración explícita esta consignada en el artículo primero de la Ley cuando señala que "...su objeto<sup>8</sup> es: a) **Establecer los derechos, obligaciones y responsabilidades de la población en Andalucía respecto a la salud pública, las garantías para su cumplimiento y los fines y principios que rigen la nueva organización de la salud pública.**

b) *Establecer las funciones y competencias en materia de salud pública, sus prestaciones y servicios y **las líneas para organizar su gobernanza, asegurando el carácter transversal, e intersectorial de las actuaciones de la Administración pública y la organización de sus recursos multidisciplinarios para obtener eficacia.***

c) *Situar a todas las personas en Andalucía y a los andaluces en el mundo como eje central de las actuaciones de salud pública, así como articular los objetivos, garantías y procedimientos para alcanzar la equidad en salud de todas las personas y poblaciones de Andalucía...*

Lo anterior significa la importancia que da el sistema a las acciones participativas tanto intersectoriales como de los ciudadanos en la definición y el desarrollo de las políticas de salud pública. Buscando la formulación de políticas públicas más integradas, coherentes, coordinadas y transparentes, en las que los objetivos de salud pública constituyan un interés superior, sobre otros intereses sectoriales públicos o privados.

---

<sup>7</sup> La Ley 16/2011, de 23 de diciembre de 2011, de Salud Pública de Andalucía,

<sup>8</sup> ibidem

## PRINCIPIOS RECTORES Y MARCO DE LA ACTUACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA.

Según la misma Ley 16/2011, las Administraciones públicas de Andalucía en salud, deben regirse por 9 principios que resaltan ante todo la participación de la ciudadanía en las definiciones de su propia salud:

*Tabla 1 Principios rectores de la gobernanza en la administración del sistema de salud de Andalucía*

| <b>Principios rectores de la gobernanza en la administración del sistema de salud de Andalucía</b> |   |
|--|---|
| <b>1.</b> La protección de la salud de la ciudadanía.  | Las Administraciones públicas de Andalucía garantizarán a protección de la salud de la población y promoverán su mejora mediante el ejercicio efectivo de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción en la salud y participación social, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad.  |
| <b>2.</b> Principio de solidaridad.  | los poderes públicos asumen la responsabilidad de dirigir sus políticas a la reducción de las desigualdades en salud de la ciudadanía, removiendo los obstáculos educativos, culturales, geográficos y económicos que puedan impedir la libre promoción de la salud y el bienestar personal de la ciudadanía y el ejercicio pleno de sus capacidades.   |
| <b>3.</b> Principios de coordinación y cooperación   | Las actuaciones, las prestaciones y los servicios en materia de salud pública son un derecho individual y social que los poderes públicos han de garantizar y mantener, de acuerdo con la coordinación y cooperación interdepartamental con las Administraciones públicas competentes, y de acuerdo con la cooperación y la coordinación intersectorial, como elemento de cohesión de las políticas de todos los sectores con responsabilidad en la salud pública, con la finalidad de conseguir resultados de salud más eficaces, eficientes o sostenibles |
| <b>4.</b> El valor público de la salud en Andalucía.   | El desarrollo de la salud pública y del bienestar en su ámbito territorial persigue promover una Andalucía saludable en la que la ciudadanía pueda vivir una vida autónoma desarrollando su personalidad y sus plenas capacidades   |
| <b>5.</b> Principio de salud en todas las políticas  | Las actuaciones en salud pública se regirán por el principio de salud en todas las políticas, como estrategia de cooperación horizontal con el objetivo de mejorar la salud de la población mediante la actuación en los determinantes de la salud a través de las políticas y acciones de todos los sectores de gobierno, con especial atención a los sectores distintos del de salud con capacidad de afectar a las condiciones sociales y económicas que se encuentran en la base del estado de salud de la población                                    |
| <b>6.</b> Principio de transparencia.  | La acción en salud se ejercerá guiada por un principio de transparencia, de tal modo que promueva y permita el conocimiento de los procedimientos, actuaciones y decisiones, con criterios de objetividad, veracidad, claridad y accesibilidad.   |



| <b>Principios rectores de la gobernanza en la administración del sistema de salud de Andalucía</b> |  |
|--|--|
| <b>7.</b> Principio de equidad.  | Las Administraciones públicas de Andalucía ejercerán la tutela de la salud pública y su uso efectivo en condiciones de equidad y justicia redistributiva.  |
| <b>8.</b> Principio de participación.  | Se actuará siempre bajo el principio de la efectiva participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y en el desarrollo de las políticas relacionadas con la salud pública, con especial atención a la población menor de edad y a las personas que por cuestiones sociales o de otro tipo tengan especiales dificultades para hacer valer su acción u opinión. |
| <b>9.</b> Principio de pertinencia.  | Las actuaciones de salud pública atenderán a la magnitud de los problemas de salud que pretenden corregir, justificando su necesidad de acuerdo con los criterios de proporcionalidad, eficacia y sostenibilidad.  |
| <b>10.</b> Principio de integralidad   | Las actuaciones de salud pública deberán organizarse y desarrollarse dentro de la concepción integral de la salud y sus determinantes  |

Fuente: Elaboración propia sustentada en la Ley 16 del 2011-España

Para dar cuenta de lo anterior el Plan Local de Salud se convierte en el instrumento básico que recoge la planificación, ordenación y coordinación de las actuaciones que se realicen en materia de salud pública en el ámbito de un municipio o de una mancomunidad de municipios. La elaboración, aprobación, implementación y ejecución de este plan corresponden a los municipios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 9.13 de la Ley 5/2010, de 11 de junio, de Autonomía Local de Andalucía y estos se apoyan en la participación ciudadana a nivel local a través de los consejos de salud de área, además de las relaciones establecidas con las corporaciones locales y asociaciones en el territorio.

## SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es el ente que engloba a los organismos responsables de la provisión y gestión de los servicios sanitarios de la comunidad autónoma española de Andalucía con el propósito de satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la atención sanitaria. Está conformado por el Servicio Andaluz de Salud, principal proveedor, así como por las demás empresas públicas sanitarias y centros concertados adscritos a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El SSPA, en el marco de las actuaciones del sistema nacional de salud, tiene como características fundamentales según la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía:

- La extensión de sus servicios a toda la población.
- El aseguramiento único y público y la financiación pública del sistema.
- El uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de servicios.
- La prestación de una atención integral de salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- La Consejería de Salud y Familias es el organismo de la administración de la Junta de Andalucía responsable de las políticas sanitarias y sociales, así como de la superior dirección de los organismos dependientes, entre los que cabe mencionar el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

La Consejería de Salud y Familias gestiona en la actualidad, directa o indirectamente, el mayor volumen de recursos presupuestarios de la administración autonómica. El SSPA ofrece cobertura a sus 8.4 millones de habitantes, es considerado la empresa más grande de la comunidad autónoma. Cuanta con THS conformado por 125.000 personas. La comunidad autónoma invierte el 30% del presupuesto en salud, aproximadamente 13.873 millones de euros al año. Se caracteriza por:

- Ser universal
- Tener un aseguramiento único y público
- Financiación pública
- Provisión mayoritariamente pública (96%)
- Atención integral

El sistema sanitario público andaluz SSPA cuenta además con una serie de leyes, normas, y planes que soportan su quehacer destacando fundamentalmente los que aparecen en la siguiente tabla:

**Tabla 2 Marco normativo y planes del sistema sanitario público Andaluz**

| Marco normativo y planes  | Contenido   |
|---------------------------|---|
| Ley de salud de Andalucía | Marco legal que soporta el Sistema Sanitario Público de Andalucía. incluye los planes y programas de la Junta de Andalucía y los instrumentos de planeamiento urbanístico en general y aquellos que afecten a áreas urbanas especialmente desfavorecidas, las actividades y obras, tanto públicas como privadas, requerirán para su aprobación de un informe que evalúe su impacto en salud. El texto incluye el principio de autorregulación, que posibilita al tejido empresarial aumentar sus niveles de protección de manera voluntaria y, por ende, gozar de incentivos vinculados a los sistemas de ayuda económica o |



| Marco normativo y planes   | Contenido   |
|--|---|
|  | <p>financieras, entre otras novedades. Asimismo, con esta ley se establecen derechos de nueva generación, y se sitúa a la ciudadanía como eje central de las actuaciones y se garantiza la equidad generacional, un principio normativo por el que cada generación tendrá la obligación de asegurar la salud colectiva y que el entorno que la posibilita se mantenga y mejore en beneficio de las futuras generaciones.</p> <p>incluye los planes y programas de la Junta de Andalucía y los instrumentos de planeamiento urbanístico en general y aquellos que afecten a áreas urbanas especialmente desfavorecidas, las actividades y obras, tanto públicas como privadas, requerirán para su aprobación de un informe que evalúe su impacto en salud.</p> |
| Plan andaluz de salud  | <p>Concebido como el instrumento director de la política sanitaria del gobierno andaluz y que definirá los principios generales, los objetivos y las estrategias a desarrollar. Hay que destacar que el compromiso por la salud en Andalucía tiene su traducción con la configuración de seis ejes vertebradores: la intersectorialidad, la participación y protagonismo de los ciudadanos, la concentración de las acciones en el nivel local, el fomento de la educación como herramienta de promoción de la salud, el enfoque de género en salud y la nueva orientación de los servicios sanitarios, que se encuentra en fase de revisión para su posible prórroga y/o actualización.</p>  |
| El contrato programa   | <p>De vigencia anual, que permite orientar a los proveedores sanitarios públicos sobre los criterios de actuación, basados en la demanda de servicios y en función de los objetivos de salud descritos en el Plan Andaluz de Salud y en los criterios del Plan de Calidad</p>   |
| Plan estratégico de consumo  | <p>En el que se priorizará el desarrollo de un Plan de formación para el consumo informado y responsable, dirigido a capacitar a la ciudadanía para la mejor elección, desarrollando su capacidad crítica frente a las propuestas de consumo existentes en el mercado y reforzando su papel como consumidoras frente al de clientes.</p>  |
| Plan estratégico de subvenciones   | <p>Instrumento a través del cual se dan a conocer los objetivos y efectos que se pretenden con la política de fomento de la Junta de Andalucía en materia de salud y consumo, sus costes, fuentes de financiación y el método de evaluación y seguimiento. En el año 2020 se encuentra en tramitación el PLAN ESTRATÉGICO DE SUBVENCIONES 2020-2022 de la Consejería de Salud y Familias, donde se actualiza el anterior Plan y se incorporan las subvenciones en materia de Adicciones y de Familias</p>   |
| Ley 13/2003, de 17 de diciembre, de Defensa y Protección de los Consumidores y Usuarios de Andalucía.  | <p>Ley la defensa y protección de los consumidores y usuarios en la Comunidad Autónoma de Andalucía, tiene por objeto garantizar con medidas eficaces la defensa y protección de los consumidores y usuarios, dentro del ámbito de su competencia.</p>  |
| Decreto 57/2020, de 22 de abril, por el que se regula el concierto social para la prestación del servicio de atención infantil temprana en Andalucía | <p>Regula la normativa de contratación del sector público, otorgando una consideración preferente, en igualdad de condiciones de eficacia, calidad y rentabilidad social, a las instituciones, asociaciones y fundaciones sin ánimo de lucro, promovidas por las personas con discapacidad, sus familias o sus representantes legales. La formalización de estos contratos bajo el régimen de concierto social, a través de una importante dotación presupuestaria, ha de permitir que la prestación del</p>  |

| Marco normativo y planes  | Contenido  |
|---|--|
|   | servicio de atención infantil temprana en Andalucía no sólo llegue a la totalidad de los menores necesitados de la misma, eliminando listas de espera, sino que también alcance el importe por sesión, como contraprestación del servicio, estimado como óptimo por los expertos de la Consejería de Salud y Familias.   |
| Plan andaluz sobre drogas y adicciones  | Desarrolla el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional, e interdepartamental para optimizar el uso y gestión de los recursos públicos y lograr una mayor eficacia a través de la intervención integral y coordinada. De la misma forma, queda reforzada la coordinación interna entre los recursos de la Red para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones, dependientes de las diversas administraciones públicas y del movimiento asociativo, consolidando los órganos creados con este fin y fortaleciendo en el ámbito provincial la coordinación de su gestión.  |
| Plan de familias de Andalucía 2020-2025   | Actualmente se está tramitando la formulación de este Plan que tiene como finalidad establecer un modelo de familias para Andalucía, capaz de dar respuesta a sus necesidades y expectativas, comprometiendo a los diferentes sectores de gobierno, mediante un proceso de gobernanza para las familias, analizando su diferente configuración en el territorio andaluz, dando un trato equitativo a los diferentes tipos de familias y a las situaciones vitales familiares que se presenten  |
| Plan estratégico de investigación e innovación en salud en Andalucía 2020-2023 <sup>9</sup> | La presente Estrategia, enfocada en el Horizonte Europa 2027, pretende ser el elemento guía que oriente y ordene el desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA. Asimismo, tratará de dar respuesta a los retos que acontezcan en salud como la enfermedad por SARS CoV-2 (COVID-19). Nuestro Sistema Sanitario tiene incluido en su esencia la generación de conocimiento traslacional biomédico, que mejore la actividad asistencial. Para ello cuenta con tres Centros Temáticos (CCTT): BIONAND, CABIMER y GENyO) y cinco institutos de Investigación Biomédica (IIS: IBIMA, IBS.Granada, IBIS, IMIBIC e INIBICA), cuatro de los cuales cuentan con acreditación como Instituto de Salud por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) e integrados por más de 4.000 profesionales. |

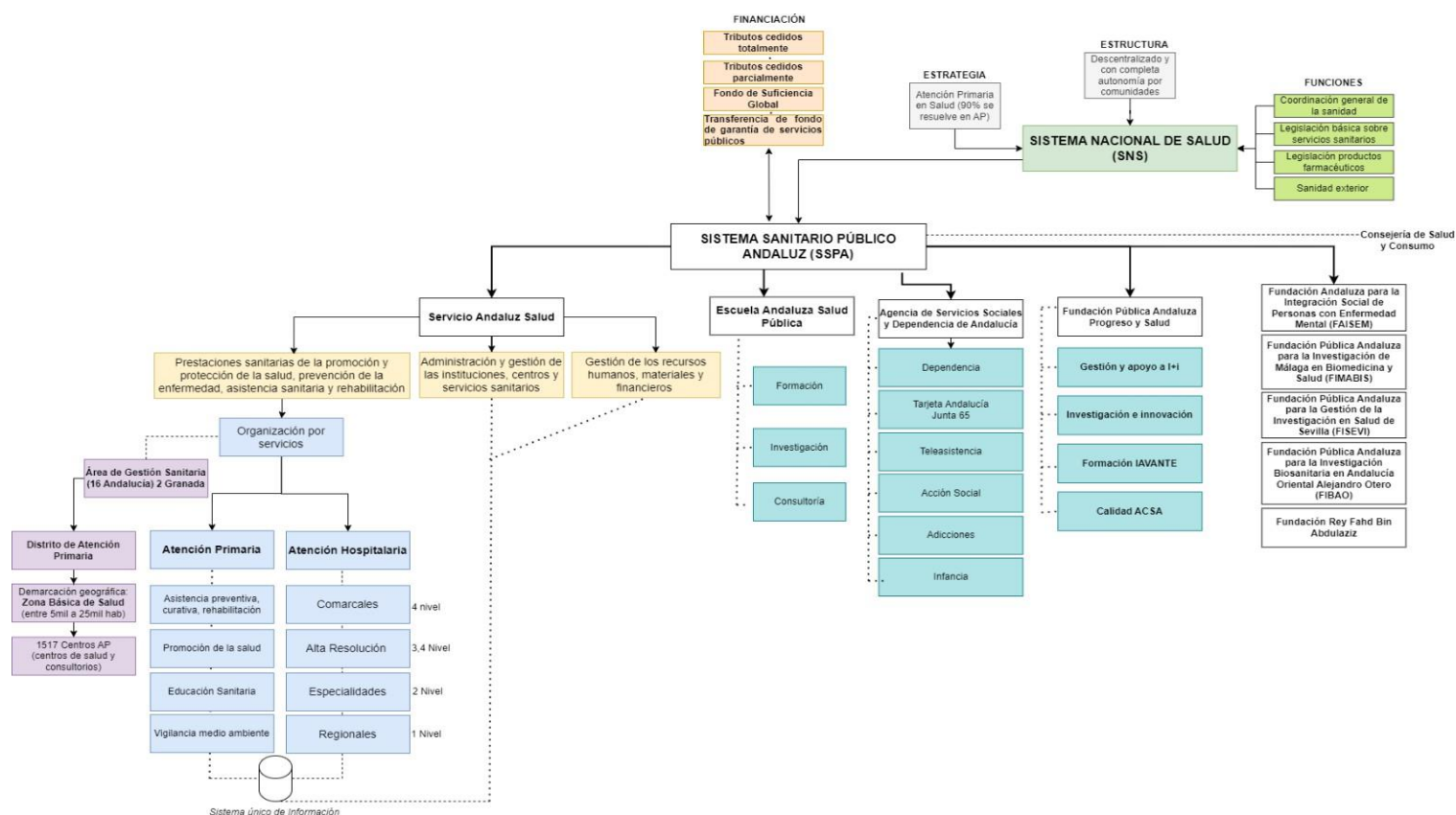
Fuente: Elaboración propia a partir de leyes y normativas del SSPA

<sup>9</sup> Junta de Andalucía. Presupuesto de la comunidad autónoma de Andalucía disponible en <https://www.juntadeandalucia.es/export/presupuestos2021/memoria/memoria2.pdf>

# ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

En la siguiente gráfica se refleja la comprensión del grupo asistente en relación con la organización del sistema Sanitario público de Andalucía, diagrama hecho a la luz de las diferentes visitas, encuentros y soportado por los documentos consultados

Gráfica 4 Organización del sistema Sanitario público Andaluz



Fuente: Construcción propia

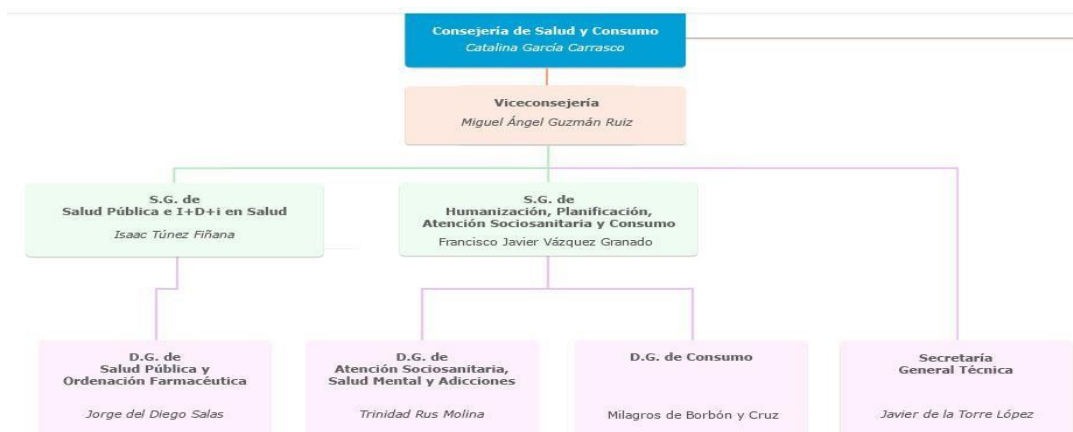
## CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

Esta consejería es la encargada de la ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud tienen a su cargo las siguientes funciones

- a. La ejecución de las directrices y los criterios generales de la política de salud, planificación, asistencia sanitaria, consumo, atención temprana, asignación de recursos a los diferentes programas y demarcaciones territoriales, alta dirección, inspección y evaluación de las actividades, centros y servicios sanitarios y aquellas otras competencias que le estén atribuidas por la legislación vigente.
- b. La ejecución de las políticas de comunicación a medios y divulgación de buenas prácticas en salud, sin perjuicio de las competencias en materia de comunicación social atribuidas a la Consejería de la Presidencia, Interior, Diálogo Social y Simplificación Administrativa.
- c. Todas aquellas políticas de la Junta de Andalucía que, en materia de salud y consumo, tengan carácter transversal.

En la gráfica siguiente, se presenta el organigrama de la consejería:

Gráfica 5 organigrama de la consejería<sup>10</sup>



Fuente: página junta de Andalucía

<sup>10</sup> Junta de Andalucía. organigramas disponible en : <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/consejeria/organigrama.html>

En el siguiente diagrama se presentan las entidades adscritas a la consejería de salud y consumo de Andalucía.

Gráfica 6 Entidades adscritas a la consejería e salud y consumo de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo



Fuente: página junta de Andalucía

## SERVICIO ANDALUZ DE SALUD SAS

El SAS es un organismo autónomo adscrito a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía. Forma parte del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), desde su creación en 1986.

Su misión es prestar atención sanitaria a los ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

Su marco de referencia en relación con la normativa y los lineamientos para su acción lo componen<sup>11</sup>:

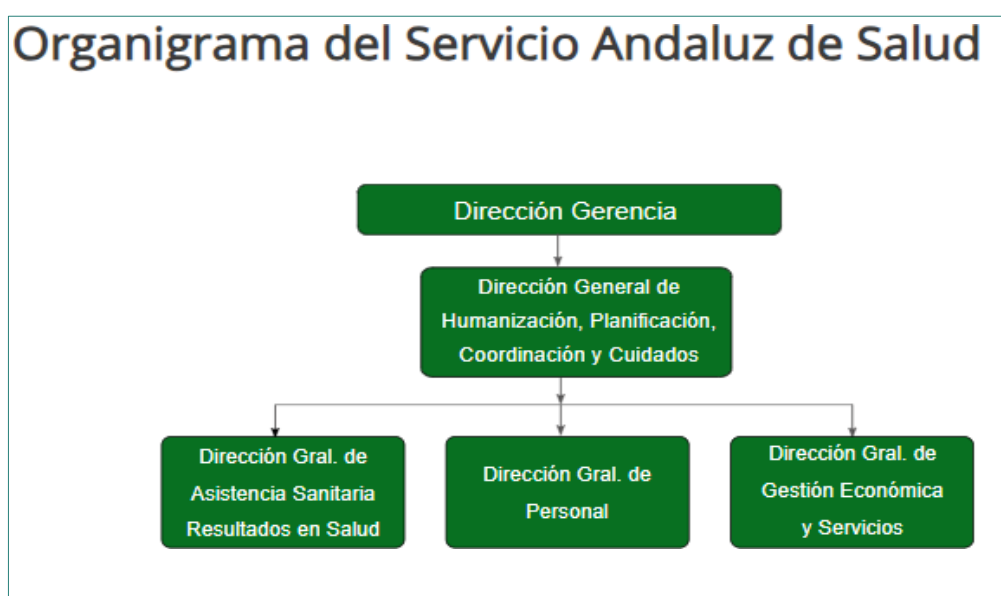
- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía
- IV Plan Andaluz de Salud
- Plan de calidad del SSPA
- **Plan estratégico del SAS**

<sup>11</sup> Hospital Juan Ramón Jiménez. Página web <https://ahjuanramonjimenez.es/profesionales/docencia/introduccion/informacion-sobre-el-sspa/>

El SAS dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

Para el SAS, el ciudadano es el centro y protagonista del Sistema Sanitario Público Andalúz. Para ello, desarrolla estrategias como la mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios, la libre elección, el desarrollo de nuevos derechos sanitarios, una mayor transparencia ante el ciudadano y su participación.

A continuación, se presenta el organigrama del Servicios Andalúz de Salud <sup>12</sup>



Fuente: Página junta de Andalucía

## PROBLEMÁTICAS DEL SISTEMA

Si bien es cierto se resalta que existen varias virtudes en el sistema de salud de Andalucía que lo han hecho un modelo de APS, también es claro que la complejidad misma de la atención en salud lo enfrenta con retos y problemáticas relacionadas con la suficiencia de recursos económicos, la dificultad en la distribución de recursos humanos sobre todo a aquellas regiones apartadas de

---

<sup>12</sup> Junta de Andalucía. Servicio andalúz de salud página web <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/el-servicio-andaluz-de-salud/organigrama-del-servicio-andaluz-de-salud>



los centros urbanos, la oportunidad en la atención (especialmente para la atención especializada) y la necesidad de seguir buscando integración en todas las dimensiones que conlleva el trabajo en salud pública

Lo anterior se ve reflejado en la siguiente gráfica consultada, sobre las estadísticas de oportunidad de atención, y fue comentado por varios de los profesionales con los que el grupo pudo interactuar

Gráfica 7. Estadísticas de indicadores de oportunidad

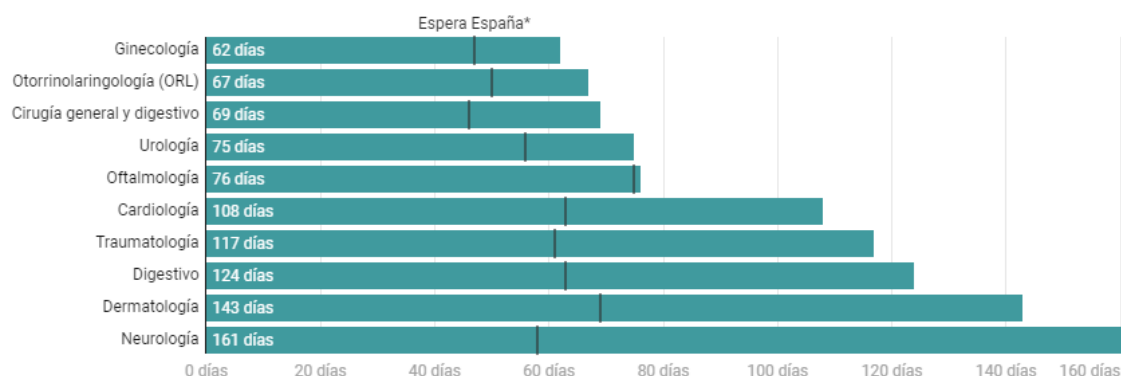


Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20230130/sanidad-andalucia-datos-cifras-sistema-salud/2416343.shtml>

Gráfica 8 estadísticas de espera consulta especialidades

### Espera para primera consulta en Andalucía

Tiempo medio de espera para cada especialidad



\*Media nacional calculada a partir del dato de espera por especialidad en cada comunidad

DatosRTVE - Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el SNS / Ministerio de Sanidad

rtve

Fuente: <https://www.rtve.es/noticias/20230130/sanidad-andalucia-datos-cifras-sistema-salud/2416343.shtml>

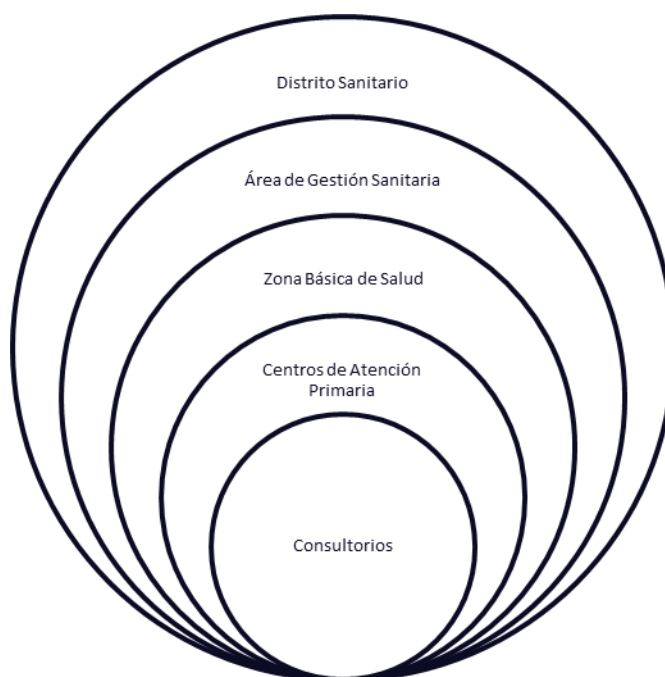


# ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (RIISS) Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

## DESCRIPCIÓN

Los servicios de salud en España son servicios descentralizados políticamente y dependen de las Comunidades Autónomas. La Comunidad Autónoma de Andalucía organiza la prestación y las redes de servicios en un mapa sanitario que no se corresponde con el mapa político – administrativo. Esta organización está dada principalmente por el acceso de la población al sistema y por el número de habitantes. La primera delimitación se da en los distritos de atención primaria, que contiene las áreas de gestión sanitaria, estas a su vez a las zonas básicas de atención, y dentro de ellas los centros de atención primaria con sus respectivos consultorios. (ver ilustración 1)

**Ilustración 1** diagrama de organización de los servicios de salud

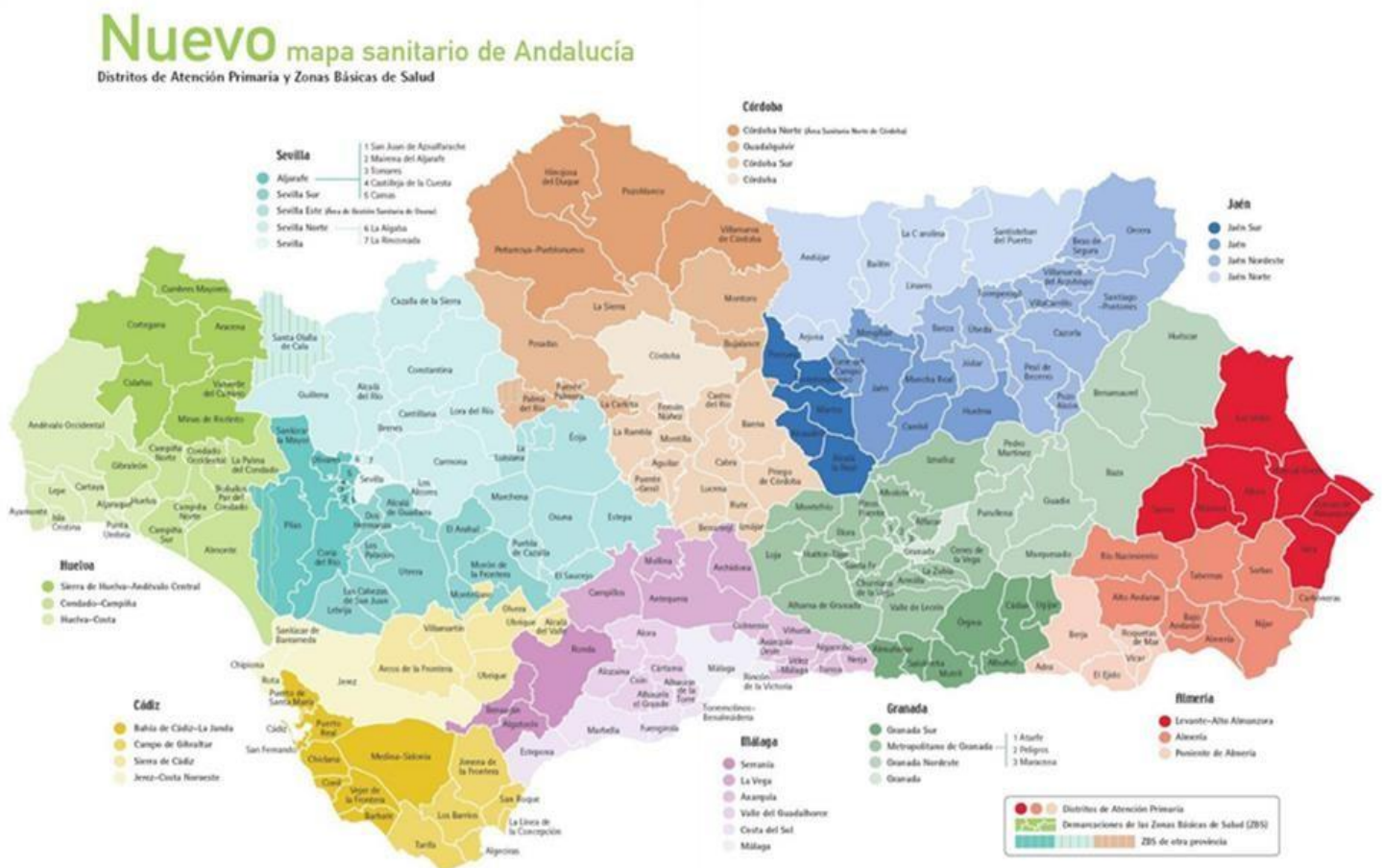


Fuente: Elaboración propia

Los **Distritos de Atención Primaria** constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación la docencia e investigación.

Cuentan con una red de hospitales de diferente nivel y centros de atención primaria distribuidos a una distancia máxima de 45 minutos entre la población y la puerta de entrada del sistema.

En ese orden de ideas, **el sistema de salud de Andalucía tiene 8 distritos** siendo ellos: el Distrito Zona básica de salud Provincia de Almería, Provincia de Cádiz, Provincia de Córdoba, Provincia de Granada, Provincia de Huelva, Provincia de Jaén, Provincia de Málaga, Provincia de Sevilla (ver siguiente mapa) cada uno de los cuales cuenta con un equipo de dirección que realiza la gestión administrativa. (Para nuestro caso podrían homologarse a redes de las subregiones).



Fuente: Mapa tomado de Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2023 <sup>13</sup>

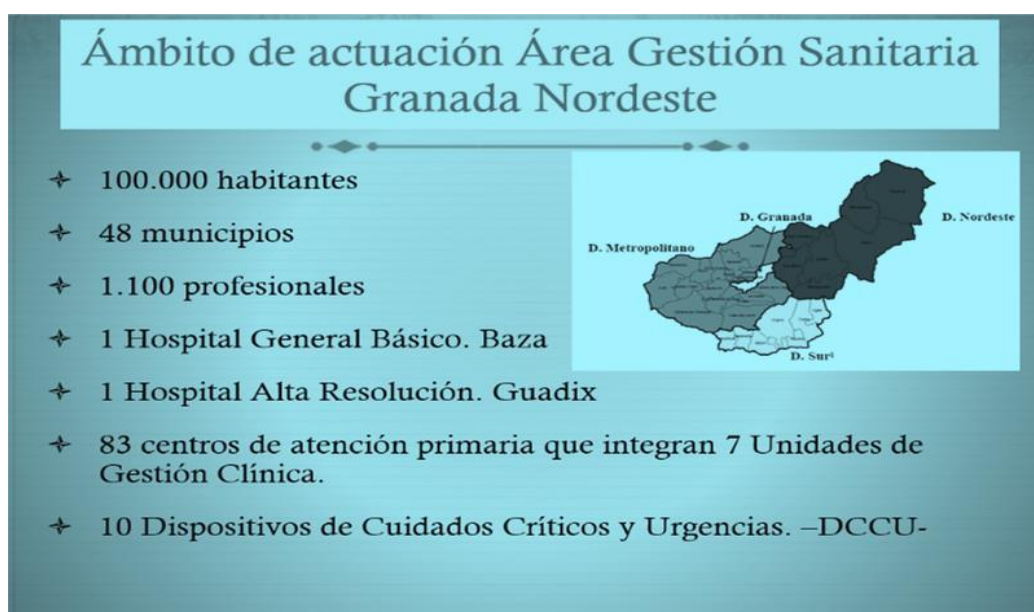
<sup>13</sup> Mapa tomado de Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2023

<sup>13</sup>[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/libSASmapaAP.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/libSASmapaAP.pdf)



**Las Áreas de Gestión Sanitaria** son una demarcación territorial que permite una gestión unitaria pública de los recursos sanitarios de los Distritos de Atención Primaria y su correspondiente Área Hospitalaria de referencia. La creación de Áreas de Gestión Sanitaria responde a la necesidad de nuevas formas organizativas que dieran respuesta a los problemas planteados en el sistema sanitario, en especial a los derivados de la coordinación entre los dos niveles de atención la primaria y la hospitalaria. Tiene una Gerencia única que pretende garantizar una atención integral a los ciudadanos dentro de un marco de mayor calidad y eficiencia en la gestión de los recursos. Andalucía cuenta con 16 Áreas de Gestión Sanitaria.

Un ejemplo puede verse en una de las diapositivas aportadas:



**Fuente:** Aporte de las presentaciones compartidas en la Visita

Las **Zonas Básicas de Atención** son el marco territorial elemental para la prestación de la atención primaria de salud de acceso directo de la población. Tienen una población asignada de aproximadamente 30.000 habitantes y cuenta con Centros de Salud y consultorios. Andalucía tiene 216 zonas básicas de atención.

Los **Centros de Atención Primaria** son unidades de atención que cuentan con una población asignada en función del acceso. Cuenta con un equipo de salud que está conformado principalmente por médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, y profesionales de enfermería con especialización en



---

salud familiar y comunitaria, o profesionales con experiencia práctica reconocida en el área de muchos años, trabajador social que hace el enlace con el sector de bienestar social, algunos con pediatría y con horas de consulta de otras especialidades básicas. Cuenta también con servicios de urgencias, ecografía, toma de muestras (no laboratorio, los cuales están ubicados en los hospitales. En Andalucía existen 1517 centros de salud.

La unidad más básica sería el consultorio en el que cuentan como mínimo con un médico y enfermera especialistas en su mayoría en medicina familiar y comunitaria que comparten un cupo de 800 a 1200 personas. La forma de calcular el cupo por equipo de médico (a) y enfermero (a) es a través de dos índices. TAE Tarjeta ajustada por edad (determina el # de personas de acuerdo con la edad) y TIS Tarjeta individual de salud (por número de individuos), actualmente se está tratando de crear una forma de calcular el cupo según la morbilidad.

## ORGANIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS

Para dar cobertura a las necesidades de salud de las personas el sistema de salud de Andalucía está organizado principalmente en dos grandes componentes, pero en coordinación estricta: la atención primaria y la atención hospitalaria, complementadas por otras áreas de atención específica.

### Atención Primaria

Según los datos aportados por el portal estadístico del Ministerio de Sanidad español, Andalucía está conformada por la siguiente red de atención <sup>14</sup>

- Centros de salud: 407
- Consultorios: 1.107

### Atención hospitalaria

Esta atención está conformada por la siguiente red de servicios

- Hospitales comarcales 19
- Hospitales de Alta Resolución 16
- Hospitales de Especialidades 10

---

<sup>14</sup> Ministerio de sanidad Español Estadísticas  
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>

- Hospitales Regionales 5

**La Atención Primaria de Salud** se concibe como el primer nivel de atención o acceso de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía comprende la promoción de la salud, la atención, tratamiento y rehabilitación de las personas que se encuentran adscritas a los centros de atención básica Según La Ley 2/1998, de 15 de junio de Salud de Andalucía, así como la educación y la vigilancia sanitarias del medio ambiente<sup>15</sup>

Los centros de atención primaria en los que se presta la asistencia sanitaria son de tres tipos: centros de salud, consultorios locales, consultorios auxiliares. También, existen diferentes dispositivos de apoyo que ubicados en un punto o varios del distrito o área de gestión sanitaria dan servicio a toda la población, (unidades radiológicas, fisioterapia y rehabilitación, odontológica, etc.). Y por último los dispositivos de Urgencias y Emergencias de atención primaria que están formados por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias de atención primaria que engloban a: los Servicios de Urgencias de atención primaria, equipos movilizables, incluyendo los de cuidados avanzados y las ambulancias de transporte urgente.

### **Talento humano en salud**

En relación con el talento humano en salud, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en el artículo 9, establece que: *“la atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.”*<sup>16</sup> Señala que el equipo de profesionales, es la unidad básica en la que se estructuran, de forma multiprofesional e interdisciplinar, los profesionales y el resto del personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.

Los profesionales adscritos a una zona básica de salud desarrollan su actividad profesional en los centros de atención primaria, organizados funcionalmente en

---

<sup>15</sup>España, junta de Andalucía , LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas\\_normativa\\_mediafile/2019/Ley%20de%20salud.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2019/Ley%20de%20salud.pdf)

<sup>16</sup> Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Jefatura del Estado «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003 Referencia: BOE-A-2003-21340 Disponible en : <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>

---

unidades de gestión clínica de atención primaria de salud, en ese escenario, la atención la prestan médicos de familia, pediatras, recurso humano de enfermería (profesionales y técnicos auxiliares de enfermería) en los centros de salud y consultorios, apoyados por fisioterapeutas, trabajadores sociales y otro personal sanitario

### **Estructura orgánica de los distritos de atención primaria.**

La estructura orgánica de las APS está liderada por órganos directivos y de asesoramiento: a) Dirección Gerencia. b) Dirección de Salud. c) Dirección de Cuidados de Enfermería. d) Dirección de Gestión Económica y de Desarrollo Profesional. Y cuenta con los siguientes órganos de asesoramiento: a) Comisión de Dirección. b) Comisiones Técnicas.

Los ciudadanos pueden acceder a los servicios a través de lo que se denomina **La tarjeta sanitaria** que es el documento que los identifica ante el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta puede ser solicitada por cualquier persona residente en la comunidad autónoma, y favorece no solo la atención sino la información de salud a través de un sistema de información on line que se alimenta desde cualquiera de las instituciones y puede ser consultada por cualquier profesional lo que favorece la integralidad del seguimiento e intervención de la situación de salud enfermedad cuidado de las personas.

La Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud, posee a su vez una cartera de servicios que recoge el conjunto de actividades científico-técnicas que se realizan en el primer nivel asistencial, estableciendo y unificando criterios que garantizan la calidad de las prestaciones, contempla tres áreas: atención a la Persona, atención a la Familia y atención a la Comunidad como se puede consultar en el documento Cartera de Servicios de Atención Primaria<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Cartera de servicios de atención primaria SAS Andalucía  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria>

| AREAS DE ATENCION                    | SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA  |
|--------------------------------------|---|
| Área de atención a la persona        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente</li> </ul>  |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia por profesionales de Medicina de Familia en el centro de Atención Primaria y domicilio</li> <li>Asistencia pediátrica en el centro de Atención Primaria y domicilio</li> <li>Asistencia de enfermería en el centro de Atención Primaria y domicilio</li> </ul>  |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención específica</li> </ul>   |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a problemas cardiovasculares.</li> <li>Atención a problemas crónicos</li> <li>Abordaje del cáncer</li> <li>Atención a problemas infecciosos de especial relevancia</li> <li>Prevención y promoción de la salud</li> <li>Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva</li> <li>Atención a otros procesos prevalentes</li> <li>Atención a personas en domicilio</li> <li>Atención a problemas de salud</li> <li>Otros servicios</li> <li>Atención a problemas de abordaje urgente</li> </ul> |
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a la edad pediátrica</li> </ul>   |
| II. Área de atención a la familia    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Abordaje familiar: conceptos básicos</li> <li>Manejo del duelo</li> <li>Área de abordaje a las familias de especial vulnerabilidad</li> </ul>  |
| III. Área de atención a la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> <li>Atención a la comunidad</li> <li>Servicios de salud pública</li> </ul>   |
| IV. Otros servicios                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Docencia en Atención Primaria</li> <li>Otros servicios prestados en dispositivos de apoyo</li> <li>Otros</li> </ul>  |

Fuente elaboración propia a partir de guía de servicios de APS Andalucía-2023

Los Centros de Atención Primaria realizan Acuerdos de Gestión Clínica en la cual en la cual explícitas las metas en salud a desarrollar en la población a cargo. Sobre la evolución de los acuerdos de gestión se realizan los incentivos a los trabajadores de la salud.

En ese sentido se debe resaltar que, en respuesta al contexto de envejecimiento demográfico, incremento en la prevalencia de las patologías crónicas y consiguiente aumento de la presión asistencial, el sistema ha generado

---

estrategias específicas para la atención a los pacientes crónicos con necesidades de salud complejas de las que hacen parte las unidades de gestión clínica de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud con la cooperación de las unidades de gestión clínica hospitalarias.

Llama la atención que en esas unidades de gestión clínica de atención primaria forman parte del equipo de atención: médico de familia, enfermera de familia, médico internista, profesional de enfermería gestor de casos, trabajador social así como otras especialidades que se determinen según la pluripatología que presente el usuario.

El cuidador se convierte además en un actor fundamental en la coordinación de la atención

Con este equipo de atención primaria, se busca mantener resultados óptimos en indicadores tales como:

1. % de Hipertensos cuya última Pr. Art. es menor de 140 / 90 mm/Hg (dentro del año evaluado).
2. Diabéticos con HBA1C <7 (dentro del año evaluado).
3. % de fumadores que han dejado de fumar (sobre prevalencia de personas fumadoras > 16 años = 30%).

El primer nivel de atención, de acuerdo a las necesidades y seguimiento a los pacientes en esa lógica estructura además, visitas al territorio y al domicilio por parte del mismo equipo que atiende las necesidades en consulta, según la programación y necesidad establecidas por el grupo.

### **Atención Hospitalaria**

La atención hospitalaria se define según la junta de salud de Andalucía <sup>18</sup> como el desarrollo de la oferta clínico–asistencial que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) pone a disposición de los usuarios en este nivel asistencial; de esta manera, se hacen efectivas las prestaciones sanitarias que garantizan la protección de la salud en condiciones de equidad.

Para la definición de las distintas carteras de servicios de atención hospitalaria que se ofrecen, se tiene en cuenta la seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia y utilidad diagnóstica o terapéutica de las técnicas, tecnologías y procedimientos que configuran la cartera. Por esto, la metodología para la elaboración de los catálogos incluye la revisión científica, y se completa con la participación de las

---

<sup>18</sup> Junta de salud de Andalucía

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios>



---

unidades asistenciales y profesionales implicados, así como con la valiosa aportación de las Sociedades Científicas.

En los catálogos publicados se han establecido los procesos y procedimientos que definen la cartera de servicios para cada especialidad y, cuando procede, las técnicas diagnósticas o terapéuticas asociadas; también clasifica los procedimientos y técnicas por hospitales o por nivel hospitalario. En ocasiones, por su interés, se encuentran desarrollos específicos para áreas de conocimiento dentro de una especialidad, bien para patologías concretas, por tratarse de programas específicos, procedimientos de especial complejidad, o para la atención a grupos con mayor nivel de protección o necesidad asistencial.

La cartera de servicios de Atención Hospitalaria del SAS garantiza las prestaciones para todas las personas usuarias, ya que los centros en los que se desarrolla actúan de manera estructurada, ordenada y responsable cuando, por su nivel asistencial, una técnica no está disponible en un hospital.

En ese orden de ideas las especialidades médicas que ofertan su servicio de atención hospitalaria según se requiera son:

- Alergología
- Anatomía patológica
- Angiología y cirugía vascular
- Aparato digestivo
- Atención dolor ámbito hospitalario
- Biomarcadores en cáncer
- Cardiología
- Centros de transfusión de tejidos y células
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía general y aparato digestivo
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía ortopédica y traumatología
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica y reparadora
- Cirugía torácica
- Dermatología médico-quirúrgica y venereología
- Endocrinología y nutrición
- Hematología Clínica
- Medicina Física y Rehabilitación y áreas relacionadas
- Medicina nuclear
- Medicina preventiva y salud pública
- Nefrología
- Neumología
- Neurocirugía
- Neurofisiología clínica

- 
- Neurología
  - Obstetricia y Ginecología
  - Oftalmología
  - Oncología médica
  - Oncología radioterápica
  - Oncología y Onco-hematología infantil
  - Otorrinolaringología
  - Reumatología
  - Urología

## INFRAESTRUCTURA EN SALUD

La revisión de Infraestructura no fue un aspecto focal de la visita, sin embargo, dado que en Colombia el sistema único de habilitación contempla requisitos mínimos que deben cumplir los puestos, centros de salud y hospitales y que actualmente se observa la necesidad de fortalecer la red pública y establecer unas edificaciones que respondan a las necesidades del territorio, es importante traer a colación, según la documentación compartida, algunos aspectos que sean de utilidad para que se pueda establecer en la revisión de requisitos actuales criterios más eficientes, efectivos que permitan unas instalaciones seguras.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía cuenta con guías, documentos y normativa que define las características arquitectónicas y técnicas que deben reunir los centros asistenciales, para garantizar y homologar la calidad entre centros, soluciones constructivas e instalaciones adecuadas, eficientes y seguras, y correctos y homogéneos estándares de confortabilidad, sostenibilidad y accesibilidad.

Las Guías de Diseño que están disponibles son<sup>19</sup>:

- [Guía de diseño de Centros de Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud, 2008.](#)
- [Guía de diseño de Radiodiagnóstico Hospitalario. Servicio Andaluz de Salud, 2016.](#)
- [Guía de diseño del Servicio de Urgencias de Hospitales. Edición 2018](#)
- [Guía de redacción y presentación de proyectos y documentación técnica de obras. Edición 2021](#)

La planificación de la estructura hospitalaria es centralizada, lo que implica que ampliar servicios en un prestador obedece a un análisis específico que permita responder a la demanda, un ejemplo que clarifica es: espacio para un quirófano adicional, la aprobación de funcionalidad de este obedecerá a indicadores de uso de los existentes antes de proceder. Es necesario que el subsidio estatal

---

<sup>19</sup> Junta de Andalucía Arquitectura sanitaria disponible en <https://www.sspa.iuntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/arquitectura-sanitaria>

---

obedezca a la formulación de indicadores que permitan análisis para lograr la optimización y eficiencia, así como incorporar resultados en la atención y bienestar del paciente.

## SISTEMA DE INFORMACIÓN

Es de resaltar la gestión centrada en el usuario a través de la historia clínica única e interoperable, en cada centro asistencial de Andalucía se puede consultar las actividades realizadas al usuario y la prescripción de medicamentos y puede ser visualizada en todo el territorio español.

En Colombia la Ley 215 de 2020 crea la historia clínica interoperable entre otras disposiciones, cuyo plazo de implementación se estimó en 5 años, pero el desarrollo de la reglamentación no ha sido expedito, aun definiendo en esta que: “El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios para exigir la Interoperabilidad de la Historia Clínica Electrónica como criterio de habilitación dentro del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud ...” en ese orden de ideas es fundamental para un sistema de salud cualquiera que este sea, procurar un sistema robusto de información que favorezca la oportunidad y resolutivez sin reprocesos.



## GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

---

## DESCRIPCIÓN

Según el Informe Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021, España cuenta con una tasa de 4,4 de profesionales en medicina por cada 1.000 habitantes y 5,9 de profesionales en enfermería por cada 1.000 habitantes. El 54% de los profesionales en medicina se concentra en el nivel hospitalario y el 24 % en la Atención básica individual. El restante está en formación o en los servicios de urgencias y emergencias. Para enfermería, el 77,9% se concentra en hospitales y el 19,3% en la Atención Primaria<sup>20</sup>.

La formación del talento humano en salud (THS) se enmarca en la Ley General de Sanidad – Ley 14 de 1986 y específicamente en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias – Ley 44 de 2003 - que regula los aspectos de formación, desarrollo profesional, planificación y ordenación.

La formación precedente en España es de carácter público, obligatoria y gratuita. Se realizan en los siguientes ciclos:

- Educación infantil de 3 a 5 años
- Educación primaria de 6 a 11 años
- Educación secundaria de 12 a 15-16 años

Una vez los jóvenes terminan esta formación tienen dos opciones para continuar su proceso formativo:

- **Formación profesional:** es un proceso que se ofrece a estudiantes de 16 años o más. Está compuesta por dos ciclos: Primer ciclo de 2 años después del cual puede salir al mundo laboral y segundo ciclo de 2 años, después del cual puede decidir si se va al mundo laboral o aspira a pasar a la formación de grado.
- **Bachiller:** es un proceso de formación de 2 años, generalmente entre los 16 y 18 años, que lo prepara para la vida universitaria. En este proceso los estudiantes tienen cinco áreas de elección:
  - Ciencias
  - Ciencias sociales

---

<sup>20</sup> Informes, estudios e investigación 2022 ministerio de sanidad Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021 Informe monográfico Disponible En <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemamaxarquia/profesionales/desarrollo-profesional/>



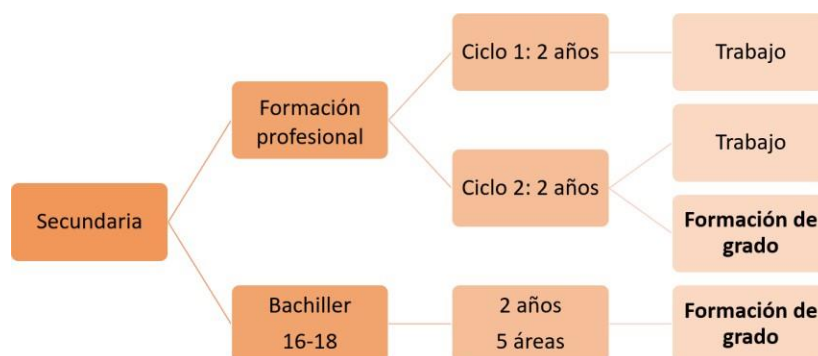
- Ciencias de la salud
- Artes y humanidades
- Ingeniería

Una vez los estudiantes han realizado alguno de estos procesos pueden aspirar a la formación de grado (pregrado para el caso colombiano). Para ello en la Universidad de Granada debe presentar una prueba que tiene 3 días de duración en la cual se evalúan cuatro aspectos:

- Idioma (cinco opciones)
- Historia de España
- Lenguaje Castellano
- Específica, para ciencias de la salud: en biología y química.

La selección de los estudiantes se realiza tomando como referencia la evaluación del proceso formativo del bachiller y los resultados obtenidos en las pruebas. Para un estudiante que haya realizado los dos ciclos de formación profesional se consideran las notas de este ciclo y solo presentan las pruebas específicas.

Gráfica 1 Paso de la secundaria a la formación antes de ingresar a pregrados



Fuente: Elaboración propia.

**Formación de grado (pregrado):** Una vez pasan el proceso de formación profesional o bachiller y las pruebas de acceso, los estudiantes pueden ingresar a la formación de grado en salud que tiene una duración de entre 4-6 años y entre 240 a 360 créditos.

Los programas de pregrado están regulados por el Estado, surten un proceso de evaluación, aprobación, acreditación y reacreditación. Su diseño está orientado por los Libros Blancos (por programa) de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

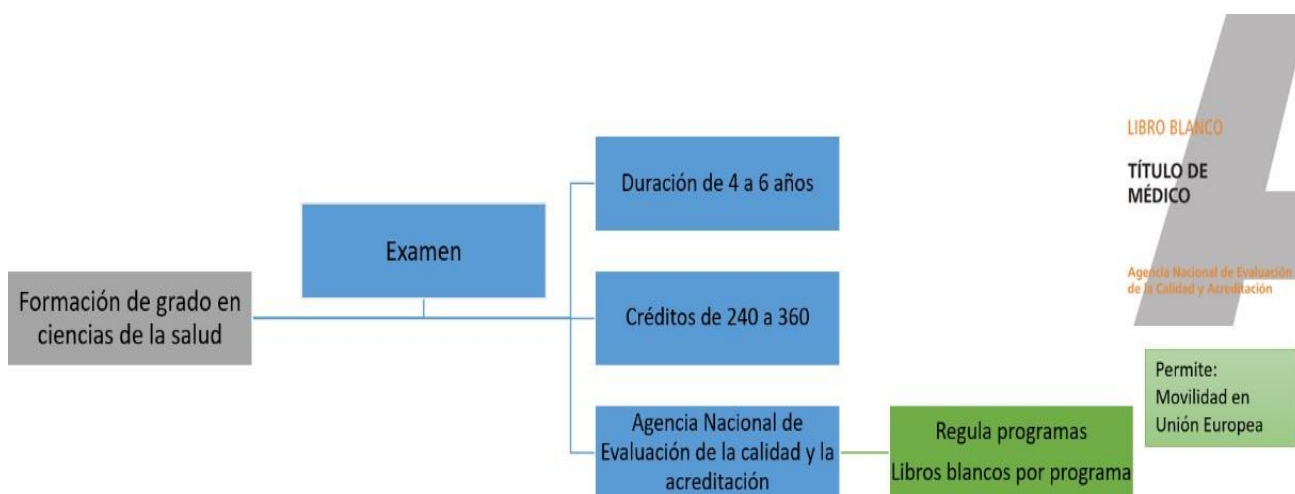
Para el caso de medicina este libro tomó como referencia *The Turning Project* y los trabajos de Miller. Los programas de medicina siguen los lineamientos de la Unión Europea lo que permite la movilidad entre países. El 70% del programa es estándar para todas las universidades y el 30 % puede ser de autonomía universitaria. La siguiente tabla muestra los programas de grado de la Universidad de Granada.

**Tabla 3 Programas de grado ofertados por la Universidad de Granada según años de duración y créditos.**

| Programa                                 | Duración en años | Créditos |
|--|------------------|----------|
| Enfermería                               | 4                | 240      |
| Medicina                                 | 6                | 360      |
| Farmacia                                 | 5                | 300      |
| Fisioterapia                             | 4                | 240      |
| Logoterapia (Fonoaudiología en Colombia) | 4                | 240      |
| Nutrición Humana y dietética             | 4                | 240      |
| Psicología                               | 4                | 240      |
| Odontología                              | 5                | 300      |
| Terapia ocupacional                      | 4                | 240      |

Fuente: Elaboración propia

**Gráfica 2 Algunas características de la formación de pregrados en salud.**



Fuente: Elaboración propia

Una vez terminan la formación de grado, los médicos deben especializarse, ya que en España no existe la figura del médico general, los médicos de atención primaria son especialistas en medicina familiar y comunitaria. Sin embargo, en conversaciones con algunos funcionarios se identificó que se contratan médicos de grado (solo con pregrado) que no han pasado el MIR e incluso médicos extranjeros. Esto se da especialmente en territorios en los cuales es difícil conseguir médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Un problema mencionado por algunos funcionarios en la formación de grado es la percepción de poca docencia y docentes en Atención Primaria, lo que genera desconocimiento y desmotivación para seleccionar esta especialidad, considerando que es la principal en el sistema español. Otro problema identificado es la falta de espacios de formación interprofesional.

### **Formación especializada**

Una vez los estudiantes terminan la formación de grado (pregrado) en áreas de la salud pasan a la Formación Sanitaria Especializada la cual está regulada por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. A través de este sistema se ofrecen formación especializada para los grados de:

- Biología
- Enfermería (7 especializaciones)
- Farmacia
- Física

- 
- Medicina (48 especializaciones)
  - Psicología
  - Medicina
  - Química

Las especializaciones ofrecidas para cada grado y el tiempo de duración pueden ampliarse en la página del Ministerio de Sanidad. <sup>21</sup>.

Para acceder a la formación especializada los estudiantes deben presentar para el caso de medicina, el MIR que es un examen para acceder a una plaza de Médico Interno Residente en el Sistema Nacional de Salud en España.

Esta formación especializada se realiza en el Sistema Sanitario en lo que se denominan Unidades Docentes y no en las Universidad como en el caso colombiano. Para el caso de la especialización en medicina familiar y comunitaria es de anotar que 2 años se realizan en centro de atención primaria y 2 años en hospitales. Tanto para el ciclo de grado (pregrado) como para la formación especializada no existe examen al finalizar la formación. La formación es gratuita y los médicos residentes reciben remuneración.

Para el periodo 2020-2021 se ofrecieron 10.248 plazas en todas las áreas de formación especializada antes mencionadas. Esto supuso un aumento del 5,87% con respecto al periodo anterior. De estas plazas, la mayoría son para medicina seguido de enfermería. En medicina el 26% son para especialistas en medicina familiar y comunitaria, seguido de pediatría y medicina interna<sup>22</sup>.

En el 2022 el Ministerio de Sanidad realizó el Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035<sup>23</sup> en el cual identifica entre otros elementos, los desafíos en materia de THS que dejó la pandemia por COVID 19. Se plantearon dos horizontes de predicción a 2028 y 2035. Identificaron un aumento en la proporción de sanitarios por encima de 60 años y la migración de THS. Frente al déficit proyectado plantean las opciones de formación y de homologación. Uno de los retos que identifican es la *competencia cada vez más*

---

<sup>21</sup> Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Formación Sanitaria Especializada.

<https://fse.msbs.gob.es/fseweb/view/public/fse/programasFSE/duracionProgramas.xhtml>

<sup>22</sup> Informes, estudios e investigación 2022 ministerio de sanidad Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021 Informe monográfico Disponible en

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemamaxarquia/profesionales/desarrollo-profesional/>

<sup>23</sup> España. Ministerio de Sanidad. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. 2022 disponible en:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio\\_Oferta\\_Necesidad\\_Especialistas\\_Medicos\\_2021\\_2035V3.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf)

intensa de la red privada por captar y retener talento. Encuentran déficit especialmente en especialistas en medicina familiar y comunitaria y dificultades para que este THS trabaje en las zonas más dispersas, frente a lo cual plantean la necesidad de tener un mejor sistema de incentivos y retención.

Gráfica 3. Algunas características de la formación especializada.



Fuente: Elaboración propia

## Vinculación al trabajo y condiciones Laborales

Al ser un sistema predominantemente público, el Sistema de Salud Andaluz es el principal empleador. El proceso para acceder a los empleos, los salarios, incentivos y condiciones laborales, están reguladas por el Estado y según lo informado en la visita están en diálogo y concertación con los sindicatos.

Los egresados de los diferentes programas se inscriben en una bolsa de empleo en la cual se establece un sistema de puntos. El Sistema realiza una selección y posteriormente la contratación. Según lo identificado existen diferentes modalidades de contratación:

- **Estatutario:** empleado que concursó por una plaza, con contrato a término indefinido. Para nuestro caso sería un empleado vinculado o de carrera.
- **Laboral:** empleados que accedió a un puesto de trabajo en el sistema de salud, pero aún no ha accedido a su plaza por concurso. Se informó de una nueva ley que impide tener una persona como trabajador bajo esta modalidad por más de 3 años.
- **Interino:** son empleados contratados a término definido. Según la información recibida son un porcentaje mínimo de los empleados.



---

Los empleados sanitarios tienen una proporción de salario fijo y otra variable. La proporción variable está relacionada con un sistema de incentivos relacionado con el cumplimiento de objetivos en salud. El trabajar en zonas de difícil cobertura les da puntos para algunos procesos como aspiración a plazas de estatutario. Las retribuciones del personal de Centros Sanitarios son públicas y puede ser consultada por cualquier ciudadano<sup>24</sup>.

En relación con las jornadas laborales de los sanitarios se observó que el horario regular para todos es de lunes a viernes de 8 am a 3 pm. Las jornadas por fuera de este horario (“guardias”) reciben un pago adicional. Las personas con las que dialogamos mencionan una fuerte estabilidad laboral con permanencia en sus puestos de trabajo por muchos años, lo que a su juicio es una razón de éxito tanto en la gestión clínica como administrativa.

Los sanitarios pasan por un proceso de evaluación anual en el cual se revisa el cumplimiento de objetivos y las necesidades de formación continua.

### **Formación continua**

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias define la Formación Continuada como el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o de especialidad correspondiente.

Las acciones formativas están acreditadas con créditos de la CFC por la Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud, previa certificación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. El Servicio de Salud Andaluz realiza la planeación de la formación continua a través de la una Entidad de Formación, selección y desarrollo, la cual tiene cinco líneas de trabajo:

- Innovación docente
- Co Creación
- Entrenamiento como escenario seguro
- Colaboración público-privada
- Valor añadido profesional

Los procesos de formación continua se realizan con proveedores internos y externos. La interna es la que se planea y gestiona en los hospitales y centros de atención primaria y la formación externa es la que se contrata con entidades como la Escuela de Salud Pública Andaluz e IAVANTE

---

<sup>24</sup> Junta de Andalucía. Resolución de Retribuciones del personal de Centros Sanitarios. Ejercicio 2023. [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas\\_normativa\\_mediafile/2023/resoluci%C3%B3n\\_retribuciones\\_0003\\_2023anexos\\_firmada.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2023/resoluci%C3%B3n_retribuciones_0003_2023anexos_firmada.pdf)

---

Para la planeación de la formación continua realizan un análisis de las necesidades que recoge además las solicitudes de los hospitales y centros de salud. Se realizan itinerarios formativos dirigidos a clínicos y administrativos. Están explorando la predicción, identificando las necesidades que tienen los sanitarios según la proyección de las consultas en una institución o territorio.

La formación es gratuita, se ofrece a todo el personal que sea pertinente independiente de la modalidad de contratación y dentro de la jornada laboral. No es obligatoria, pero están explorando la posibilidad de que los profesionales tengan que realizar un número de horas anual. Quienes realizan la formación reciben puntos en la evaluación anual.

Para la formación continua las instituciones tienen un presupuesto definido “Capítulo VI”. En el caso en el que los profesionales de las instituciones sean los que den la formación, reciben remuneración por ello. Es relevante mencionar que todos los sanitarios del Servicio de Salud Andaluz son docentes. Para ampliar la información sobre educación continua puede consultarse en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/formacion>

## **Participación social**

Este es uno de los componentes con el que menos interacción tuvimos en la visita técnica, por lo que gran parte de la información se tomó de fuentes secundarias.

Este proceso se presenta en diferentes niveles de profundidad, que van desde recibir información y participar en la organización de la prestación de asistencia hasta la participación en la evaluación de los resultados clínicos y en salud, incluyendo la articulación entre la ciudadanía y el sistema para la elaboración e implementación de planes para la promoción de la salud.

El Plan de Actuación parte de un concepto amplio de participación. El ciudadano como centro del sistema, el espacio compartido con la ciudadanía y la gobernanza en salud son elementos claves encontrados en el Plan de Calidad del Sistema de Salud Público de Andalucía, la Ley de Salud Pública de Andalucía y el Plan Andaluz de Salud. Este plan propone una participación en salud con dos ejes fundamentales:

1. **Participación en la propia salud:** Se trata de promover el autocuidado y el empoderamiento del paciente en la toma de decisiones sobre su proceso de salud/enfermedad.
2. **Participación en el sistema de salud.** Proceso institucional coherente que garantice el derecho a la participación y que ésta se traduzca en

---

efectos prácticos para mejorar la calidad del sistema de salud, atendiendo a las expectativas, demandas y situación de salud de la ciudadanía y los pacientes, buscando sinergias y escenarios comunes de cooperación, en el contexto de la gestión clínica. El plan de participación ciudadana constituye una fuente de información para la mejora y una herramienta que favorece la corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su salud<sup>25</sup>.

El Plan de Actuación en Participación Ciudadana marca una serie de líneas de actuación tanto a nivel de centro de atención como a nivel de Unidad de Gestión Clínica (UGC). La participación colectiva de los pacientes se realiza tradicionalmente mediante asociaciones, consejos de salud o foros de pacientes<sup>26</sup>.

Las Unidades de Gestión Clínica evalúan los resultados en salud mediante cuestionarios a los que se puede acceder a través de un entorno virtual en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), se ofrecen cuestionarios específicos y las herramientas necesarias para su utilización.

Las redes sociales y herramientas de la web social ofrecen un complemento de los canales tradicionales, con espacios en línea que permiten conocer lo que los ciudadanos quieren expresar respecto a los servicios que reciben, responder a sus dudas o preguntas, mejorar la participación social en la gobernanza de la administración pública o facilitar el acceso a diversa información de interés. Todo ello de forma ágil, optimizando la reutilización de los recursos disponibles y la inteligencia colectiva. En este sentido concurren experiencias como consultas de opinión y expectativas dirigidas a pacientes y ciudadanía, foros de participación regionales o consejos asesores de pacientes, junto con un tejido asociativo cada vez más influyente.

Para ampliar información puede explorarse:

- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/relacion-con-la-ciudadania/participacion-ciudadana>
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/formacion>
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemamaxarquia/profesionales/desarrollo-profesional/>

---

<sup>25</sup> Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana, 2015, p. 16

<sup>26</sup> Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana, 2015, p. 15

---

## Escuela de pacientes

Una experiencia que puede resultar de interés desde el punto de vista de la participación en salud y la educación para la salud es la Escuela de pacientes. Este es un proyecto de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, creado y desarrollado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, tiene por objetivo mejorar el autocontrol de la enfermedad crónica, está basado en metodología de igual a igual (paciente a paciente), y se concibe como una estrategia complementaria a la educación terapéutica.

Como resultados destacan:

- 1500 pacientes han sido formadores (profesores y profesoras)
- 27.000 pacientes han participado en la formación
- 45.000 personas han participado cualquiera de sus actividades
- profesionales implicados.

Para ampliar información puede consultarse en:

<https://www.escueladepacientes.es/>



## ASPECTOS A DETACAR EN EL SISTEMA DE SALUD DE ANDALUCÍA



---

## ASPECTOS PARA DESTACAR RELACIONADOS CON LA GOBERNANZA

- **Gobernanza como principio rector del sistema**

Este elemento es fundamental en la organización del sistema porque representa según pudimos apreciar en la visita, una declaración de cooperación entre los actores que hacen parte del sistema en lógicas de responsabilidad plural o corresponsabilidad entre los poderes públicos y la ciudadanía. Pues el contexto de gobernanza, señalan ellos , transfiere a la ciudadanía responsabilidades y competencias sobre la gestión de su salud, proponiendo énfasis sobre el equilibrio entre derechos y responsabilidades en el uso de los recursos sanitarios públicos y al Estado la responsabilidad de dirigir sus políticas a la reducción de las desigualdades en salud de la ciudadanía, removiendo los obstáculos que puedan impedir la libre promoción de la salud y el bienestar personal de la ciudadanía en el ejercicio pleno de sus capacidades, con transparencia y equidad

Otro aspecto de la gobernanza implica la construcción de dinámicas de transversalidad de la salud en lógicas interprofesionales e intersectoriales, así la salud de Andalucía no solo es responsabilidad del sector salud, sino que es transversal a todos los sectores y para ello la ley propone transversalidad a través de la formula “salud en todas las políticas”

- **Principio de eficacia y eficiencia a través de la adecuada gestión**

La gobernanza refiere elementos de gestión, planeación, evaluación de las actividades y la calidad de estas, a través de la medición objetiva de los fines y objetivos de las políticas públicas, el logro de los resultados esperados y la valoración de los costos en lógicas de eficiencia y eficacia.

- **Rendición de cuentas.**

Es un elemento esencial del ejercicio de la gobernabilidad distribuida. Cada instancia o entidad da cuenta periódicamente de las gestiones desarrolladas y de los resultados obtenidos, en un contexto de transparencia informativa e impulso de la excelencia.

- **Interconexión e interoperabilidad de los sistemas de información y los procedimientos administrativos**

Lo que garantiza el manejo transparente de la información y el acceso efectivo y eficaz de la misma para toma de decisiones

---

- **El financiamiento del sistema público de salud**

A partir de los impuestos recaudados, con una asignación porcentual de los mismos de manera importante y significativa para la inversión en salud, establecido como lo esencial o prioritario, garantizar el derecho fundamental de la salud, por encima del concepto de rentabilidad económica de los actores del sistema.

- **La descentralización administrativa y de rectoría del sistema sanitario,**

A cargo de la Junta de Andalucía, con una estructura autónoma, establecida por niveles: consejería, distritos de salud y red pública ordenada por Centros de salud, hospitales comarcales, hospitales de alta resolución y hospitales especializados, con centros de innovación, ciencia y tecnología para la formación y potencialización de las competencias del talento humano en salud.

- **La articulación y sinergia entre la academia, universidad, Estado y Comunidad**

En una articulación intersectorial entorno al sistema sanitario que permite la potenciación de la Atención Primaria, como eje principal del sistema y como rector de desarrollo de la región y mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

---

## ASPECTOS PARA DESTACAR RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD -REDES Y SISTEMA DE INFORMACIÓN

- **Organización del servicio**

Uno de los aspectos que llama la atención es la organización de los servicios de atención primaria que permiten un acceso cercano y efectivo a las personas pues su oferta se relaciona con una asignación poblacional que permite identificar centros específicos de atención y que garantiza en las zonas más lejanas atención a través de los consultorios de APS, cuya principal estrategia es un trabajo coordinado entre profesionales de medicina y enfermería que garantizan una atención integral, y especializada en el nivel de atención que permite conocimiento de los sujetos de atención, seguimiento, identificación precoz del riesgo y proceso de referencia efectivo.

- **Atención resolutive e integral**

La manera como se organizan los servicios permite a su vez una alta resolución de problemáticas que evitan en su mayoría complicaciones mayores y por tanto costos en salud y en economía. Pues si son situaciones de salud agudas y de importancia clínica están pueden remitirse de manera precoz a las instancias asistenciales hospitalarias para su resolución en niveles de mayor complejidad, y si no, son resueltas de manera eficaz y efectiva sin que el paciente tenga que transitar por una burocracia alta, ejemplo es la estrategia de trabajo con las personas con enfermedades crónicas, pues la organización del sistema permite un diagnóstico efectivo, tratamiento y seguimiento estandarizado que aportan al mantenimiento de la salud de las personas que conviven con dichas patologías. Esto implica además la administración de los medicamentos que se realiza en las farmacias de la zona avaladas para tal efecto y que están interconectadas con el sistema de información que permite establecer de manera directa por el profesional tratante, si el sujeto de atención accede a la misma, con que periodicidad, lo que permite un adecuado seguimiento.

- **Formación especializada en atención Primaria**

Este tipo de formación se considera de alta especialización y fundamental para generar los resultados en salud esperados. Tanto los profesionales de medicina como enfermería se consideran especialistas como cualquier otro especialista en otra área, lo que da un valor agregado e importancia al primer nivel de atención. Esto significa que la propuesta conceptual, la organización del sistema y la propuesta de formación posgradual en las diferentes carreras de salud debe

---

procurar la especialización en esta área, dando la importancia que ella enmarca si la lógica del sistema es preventivo y resolutivo. Lo que implica que por ejemplo los profesionales de la medicina y enfermería graduados tengan roles y funciones claramente definidas y estén respaldadas por profesionales especializados tales como, médicos familiares, enfermeras con posgrado en salud familiar, profesionales de enfermería con formación posgradual en materno perinatal o materno infantil, o lo que se denomina actualmente enfermera obstétrica y profesionales con formación posgradual en salud pública

- **Trabajo en equipo con el mismo nivel de reconocimiento profesional**

Otro de los aspectos que más se resalta, es que en todas las visitas que se realizaron, los líderes de los servicios y los profesionales en general dieron vital importancia al trabajo en equipo entre medicina y enfermería fundamentalmente, sin desconocer el trabajo de otros profesionales que participan como los fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, químicos farmacéuticos, odontólogos y por supuesto el personal de apoyo como los técnicos auxiliares de enfermería. En general todos describieron el valor agregado de compartir la atención de los mismos pacientes cada uno en su rol profesional en un esfuerzo por dar cuenta de la atención y seguimiento integral, lo que también es reconocido por los pacientes. Es importante resaltar también que la existencia de direcciones médicas y direcciones de enfermería que trabajan en coordinación, pero con el mismo nivel de decisión, lo que permite generar estructuras más horizontales y por tanto de mayor efectividad porque se trabaja en equipo y no en jerarquías. En la visita fue claro que cada cual tiene su rol y función, sin competencia entre los profesionales sobre quien debe hacer que, por el contrario, cada uno aporta al trabajo del otro, en lógicas dialógicas. Nos relataban que se hacen reuniones periódicas de los profesionales para discutir sobre lo trabajado, establecer los aspectos epidemiológicos de la zona de las que son responsables, las falencias y posibles soluciones, y establecer las rutas de trabajo para solventarlas, sin que esto sea perfecto, pero sin duda permite que todo el grupo tenga el conocimiento general y no fragmentado.

- **Sistema de información robusto e interoperable**

Esto es un elemento fundamental que también en todas las visitas realizadas surge como fundamental en la experiencia exitosa de Andalucía, pues se señala que contar con una historia clínica única e interoperable, que pueda ser consultada y alimentada en cualquier lugar de la región autónoma, garantiza conocimiento del paciente y aporta argumentos a una atención que da seguimiento y conocimiento a los profesionales para dirigir su atención de manera efectiva y resolutiva. Como se señaló uno de los retos de nuestro sistema de salud indiscutiblemente debe ser procurar un sistema robusto de información interoperable.

---

- **Cobertura sanitaria y accesibilidad**

Por ser un sistema estatal cualquier persona residente de Andalucía con residencia habitual o una estancia temporal previo aviso a las autoridades competentes puede acceder a todos los servicios, también personas de otras comunidades autónomas que en una estancia temporal se desplacen a Andalucía, personas de la comunidad económica europea y personas extranjeras.

La accesibilidad está dada por la cercanía de la infraestructura de atención y el talento humano, que tiene un conocimiento cercano de las necesidades y problemas de su población. En la visita fue claro que los usuarios de los servicios saben dónde deben acudir, conocen el personal sanitario que los atiende y construyen una relación de cercanía. Pues existe no solo la atención por consulta, sino que también hay una atención domiciliaria dada por el mismo personal asistencial que trabaja en el centro de salud o consultorio.

- **Gestión de casos a personas con elevada complejidad clínica y vulnerabilidad**

La gestión de casos fue una de las estrategias que llamó la atención durante la visita. Esta es una modalidad de atención liderada por un profesional de enfermería denominado gestor de casos que está dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta atención. El propósito principal es asegurar que estos pacientes reciban los servicios adecuados a su situación, de manera integrada, a través de un plan de gestión del caso personalizado acordado con ellos y con las personas de su red de apoyo, en el que colabora el conjunto de profesionales implicados en la atención.

La gestión de casos es reconocida como una estrategia exitosa que ha permitido la continuidad de la atención en las transiciones entre profesionales, intervenciones, niveles asistenciales y sectores implicados, porque permite además la representación del sujeto de cuidado aportando a la protección y defensa de los derechos del individuo y de las personas clave para su cuidado.



---

## ASPECTOS DESTACADOS EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

- **Formación de profesionales de salud con residencias en servicios de atención Primaria en salud, especialidades de salud y medicina familiares**

Aunque de todas formas se acepta que ha sido un trabajo duro la comprensión de que la APS es una especialidad en sí, Andalucía ha logrado que la formación de sus profesionales curse por la formación en atención primaria como un saber fundamental, dando una gran importancia a la medicina familiar y a la Enfermería de familia, especialidades que se enfocan en la atención primaria como tal. para enfermería llama la atención que a diferencia con Colombia existe residencia como tal, donde los profesionales en formación realizan rotaciones tipo residencia específicas en los diferentes servicios de atención primaria, situación que no existe en el país. La atención del parto lo realiza una enfermera matrona quien trabaja en coordinación absoluta con la ginecoobstetra y el anestesiólogo.

Se resalta también, la importancia de la fisioterapia, la psicología, la química farmacéutica y el trabajo social como fundamentales en la acción que se realiza en atención primaria

- **Planificación y regulación del talento humano**

En la formación se destaca la regulación de carácter estatal del proceso de formación tanto para pregrados como para posgrados, regulando la oferta, los procesos de acceso, la formación y la educación continua, lo que ha permitido hasta cierto punto contar con el talento humano para el sistema sanitario andaluz. Formación continua planeada y gestionada desde las autoridades sanitarias. Enfrentan retos de demanda insatisfecha relacionados con la migración de los sanitarios y la jubilación.

- **Condiciones laborales del personal sanitario estables**

Se destaca un sistema de vinculación al sistema de salud de carácter público y por concurso que le permite a quienes acceden contar con una plaza fija y estabilidad laboral, adicionalmente, los salarios del talento humano en salud están regulados, estandarizados y garantizados por el Estado.

---

En la prestación del servicio y en relación con el THS es interesante la importancia del trabajo en equipos multi e interdisciplinarios para el nivel primario integrado por profesionales en enfermería y medicina.

- **Trabajo interprofesional**

Se percibe una estructura que permite un trabajo interprofesional no jerárquico que respeta los roles y funciones en lógicas de trabajo cooperativo en los centros de salud, consultorios y hospitales.

Existen direcciones Médicas en el mismo nivel de dirección que las direcciones de enfermería y otras direcciones como la administrativa, lo que garantiza un trabajo mancomunado y no en ejercicio jerárquicos. Esto fue reconocido por todos los servicios por los que transitamos. Las decisiones se toman en consenso y la información se analiza en conjunto desde las estructuras de centro de salud hasta el mayo tres en los centros asistenciales de mayor nivel de resolución

- **Entrenamiento - reentrenamiento y formación continua**

Es importante resaltar que la organización del sistema contempla la necesidad de realizar periódicamente entrenamiento y reentrenamiento, y ofertar una formación continua de acuerdo a la evidencia científica o determinaciones y actualización de lineamientos del sistema esto en coordinación con las universidades y con la infraestructura para realizarlo, se destaca la visita que se realizó a IAVANTE: el centro de simulación de referencia en Europa para formación de profesionales sanitario, que es un escenario de punta en la formación de simulación avanzada .





## **RECOMENDACIONES EN RELACION CON LA PROPUESTA DEL NUEVO SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

---

## SOBRE LA GOBERNANZA

La reforma de salud debe contemplar, al igual que lo hizo el sistema de salud español y andaluz, estructuras menos jerárquicas y más cooperativas, que en lógicas de participación social y comunitaria, permitan el flujo no solo de pacientes para resolver las necesidades de salud en los diferentes niveles de atención, y una alta resolución en los primeros niveles de atención, sino de recursos que garanticen las condiciones para lograr dicha resolutivez.

Uno de los factores de éxito que fue explícito en la presentación inicial del sistema, es que la comunidad autónoma antes de pensar en cualquier escenario de atención de salud a las personas logró una intervención en muchos de los determinantes de la salud. Pues es claro que las necesidades básicas satisfechas, generan contextos que permiten un mejor escenario para trabajar en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otro de los factores señalados, fue la planeación de la atención, logrando establecer, distancias que permitieran un acceso oportuno, efectivo y eficiente a los servicios de primer nivel de atención

En ese orden de ideas el nuevo sistema de salud en Colombia requiere:

- **Trabajo participativo y constructivo desde los diferentes colectivos en los que intervienen los diferentes actores en salud**, lo que permita resignificar las funciones para los diferentes actores del sistema, en donde los departamentos ganen la posibilidad de potencializarse frente a la gobernanza y rectoría del sistema de salud, articulando, comprometiendo y responsabilizando a la academia-Universidad, a la comunidad y al Estado mismo frente a las políticas públicas en salud y fortalecimiento de una red integrada e integral para cada territorio y región. Lo anterior, con un flujo de recursos que el mismo sistema le provea de acuerdo con los cálculos y proyecciones realizados para cada territorio.
- **Establecer mecanismos efectivos de articulación de los otros sectores sociales, de educación, saneamiento ambiental e infraestructura**, que permitan avanzar en la intervención intersectorial y articulada, de los determinantes de la salud del territorio.
- **Fortalecer la capacidad resolutivez de la red de servicios públicos y de salud pública en todos sus niveles de atención** dando inmensa prioridad al nivel básico de atención. Actualmente la red privada en



---

Colombia soporta en el 80% del sistema, caso inverso al andaluz que tiene esa proporción en la pública.

- **Establecer estrategias** con la mayor celeridad para fortalecer competencias del quehacer de los equipos de salud en la atención del primer nivel con enfoque en Atención Primaria en salud, involucrando a los niveles de mediana y alta complejidad y a la academia.
- **Generar una nueva estructura que fortalezca la gobernanza** y rectoría de forma descentralizada hacia los departamentos y regiones.
- **Elaborar una propuesta con el acompañamiento de la OPS y en lógicas intersectoriales**, recopilando las experiencias exitosas y los aportes que desde los departamentos pueden darse para la construcción de un modelo de atención, de gobernanza y rectoría con visión y perspectivas desde los territorios, construido de abajo hacia arriba.
- **Organización del sistema de Atención primaria en salud, teniendo en cuenta la creación de direcciones profesionales en igual oportunidad de gerencia**, gestión y toma de decisiones que permitan en lógicas de gobernanza y cooperación trabajar hacia las metas de salud establecidas en el territorio asignado, buscando mayor articulación y no en ejercicios jerárquicos de cumplimiento de ordenes que no favorecen la responsabilidad compartida, sino los intereses propios.
- **Fortalecer de manera urgente el sistema de información interoperable, y robusto y multidimensional** que permita la toma de decisiones oportunas en todos los niveles del sistema
- **Fortalecimiento de las tecnologías de la información** que permitan una organización de soporte para el diagnóstico, tratamiento y toma de decisiones en salud en cualquier territorio en lógicas de pertinencia y resolutivez altas (**telesalud**).



---

## RECOMENDACIONES PARA LA APS Y CONSTITUCION DE REDES DE SERVICIOS

En la misma lógica anterior, consideramos que el modelo de atención primaria Preventivo, predictivo y resolutivo que está en construcción, debe tener en cuenta:

- **Aproximación conceptual clara sobre el significado de APS** para que se circunscriba exactamente que se está entendiendo por lo preventivo, predictivo y resolutivo en APS y cuál es su alcance, pues como se ha manifestado en el anterior aparte, uno de los aspectos exitosos del modelo Andaluz precisamente ha sido, establecer de manera específica, que la atención primaria se entiende como el primer nivel de atención y acceso a los servicios, y su organización de oferta de servicios se organiza para responder esta premisa. En ese sentido están claramente definidas las funciones e infraestructuras necesarias para dar cuenta de este modelo de atención.
- **Atención resolutiva e integral:** Definición de la infraestructura humana y física necesaria y planificación de esta a corto, mediano y largo plazo en coordinación con las regiones, universidades, prestadores y comunidades y un portafolio claro de servicios de APS. En Andalucía tanto los consultorios, como los centros de atención primaria como el hospital de alta resolución tienen claro hasta donde llegan sus posibilidades resolutivas y lo más importante tiene claras las rutas de coordinación entre la atención inicial y la hospitalaria cuando esta se requiera, así como todos los soportes de flujo de pacientes y transporte en esa red de servicios. En ese sentido, el nuevo modelo debe coordinar con las regiones dichas necesidades de infraestructura de acuerdo a las poblaciones, determinantes sociales, carga de enfermedad y red de servicios actuales entre otros, para poder generar escenarios claros de atención primaria circunscribiéndola al primer nivel de atención y establecer autonomía en la misma. Para lograr los niveles de resolutividad esperada y coordinación con los servicios de mayor complejidad que en Andalucía se denomina servicios hospitalarios en general.
- **Formación, entrenamiento y reentrenamiento de profesionales de salud** ya en ejercicio, y de los que aún están en formación en cooperación con las universidades, en lógicas de Atención primaria retomando, revisado ajustando las guías y rutas de atención ya existentes y creando aquellas que no existen aún a través de un portafolio claro de servicios. Lo que significa trabajar en formación interprofesional que permita deconstruir las lógicas de atención centradas en la especialidad y volver a prácticas resolutivas en la atención médica general con el apoyo y liderazgo de los médicos de familia y en enfermería en la misma lógica

---

con profesionales de Enfermería generales con el liderazgo de enfermeros de familia o especialistas en APS. generando escenarios de coordinación en la prestación de los servicios y de trabajo interprofesional.

- **Creación de la figura de Enfermería en Gestión de casos a personas con elevada complejidad clínica y vulnerabilidad**, dando prioridad a las regiones vulnerables, lo que pudiera convertirse en una estrategia que favorezca el proceso de disminución de la morbimortalidad de las enfermedades prevalentes.
- **Creación de un sistema único de información de salud nacional o interoperabilidad entre los ya existentes**, propuesta que ya tiene el modelo presentado por el Ministerio de salud y protección social y que debe ser una prioridad a mediano plazo porque esto garantiza integralidad en la atención, seguridad del paciente y disminución en costos

---

## RECOMENDACIONES PARA EL TALENTO HUMANO EN SALUD

- **Conocer con el mayor detalle posible el estado actual del THS:** Contar en el corto plazo con un estudio de oferta y necesidades del THS tanto a nivel nacional como territorial, así como de las condiciones laborales, que permita realizar una planeación de mediano y largo plazo. Considerar en este estudio las variables de migración y jubilación del THS.
- **Realizar una planeación del THS a corto, mediano y largo plazo:** Dado el contexto colombiano, esta planeación debe realizarse contando con diferentes actores además de los Ministerios de Salud y Educación, como son las Instituciones de Educación Superior, las diferentes Asociaciones que agrupan facultades y profesionales, las autoridades sanitarias de los territorios, entre otros. De forma tal que se desarrollen elementos de la gobernanza descritos anteriormente. Teniendo en cuenta que en Colombia el rol del Estado en los diferentes componentes del THS es menor al visto en Andalucía, las transformaciones requeridas en la formación de pregrado y posgrados, en la formación continua y las condiciones laborales, requiere un proceso de diálogo y concertación con múltiples actores.
- **Desarrollar de forma prioritaria la propuesta planteada en el primer taller de la Estrategia Nacional de formación masiva.** Las Universidades tiene la capacidad en cooperación con los territorios de forma organizada y concertada acompañar la formación, entrenamiento y reentrenamiento del THS que se necesita para un modelo centrado en APS. Es claro que en Colombia por múltiples razones se constituyeron grandes brechas entre las regiones y que subsanarlas llevará muchos años de trabajo. Por ello es indispensable, el trabajo cooperativo entre las regiones, puesto que este sería el camino más expedito, mientras se desarrollan las capacidades territoriales para proveer su propio recurso humano.

En ese orden de ideas se requiere además fortalecer la infraestructura de las instituciones de educación superior públicas en los territorios para garantizar la formación, al igual que seguir en las acciones de cooperación, como reto a la U, o jóvenes a la U, con las universidades privadas en lógicas solidarias, de forma tal que se de acceso a nuevos estudiantes y se fortalezca la educación continua del THS en condiciones de calidad en todos los territorios.

- 
- **Revisar las competencias de profesionales y la posibilidad de ampliarlas** para algunas profesiones como **enfermería, química farmacéutica, medicina general, fisioterapia, trabajo social, odontología, psicología, nutrición** especialmente para los primeros niveles y zonas dispersas. Fue muy llamativo en la visita las posibilidades que tenían los diferentes profesionales tanto a nivel de atención primaria como hospitalaria de realizar diferentes procesos y procedimientos generales, que en nuestro medio no es posible ya sea por el nivel de atención o por las limitaciones con que se restringen a los profesionales. Si se desea avanzar en resolutiveidad este es un punto clave.
  - **Fortalecimiento de la formación de los profesionales de Enfermería en materno infantil, o perinatología o enfermera en obstétrica**, formación posgradual que ya existe pero que puede aportar de manera importante en los lugares donde no hay acceso a especialista médico, igualmente la formación en salud familiar.
  - **Revisar el Decreto 376 de 2022 y los avances realizados por las instituciones en 2023** en formación continua. Con estos y otros elementos definir si este sigue dando respuesta a los lineamientos de formación continua que el país requiere. De la experiencia del sistema de salud andaluz, se puede retomar el control de las autoridades sanitaria sobre este proceso en sus diferentes fases, la gratuidad de la formación para los sanitarios, la asignación de puntos como incentivo, y la asignación presupuestal para todo el proceso.
  - **Condiciones laborales dignas.** Avanzar ya sea vía reforma o con otras alternativas en la garantía de condiciones laborales del THS. Garantizar como la ley define formas de contratación legal para el THS. Pueden estandarizarse los salarios según perfiles, con los aumentos a que haya lugar según las zonas donde se labore. Garantizar el pago de estos salarios a través de presupuestos definidos de las IPS de primer nivel para el pago de nómina, garantizado la financiación de la oferta. Diseñar un sistema de incentivos que pueden estar ligados al cumplimiento de objetivos en salud y a las zonas donde el profesional labore. Estos incentivos pueden ser económicos, de formación continua y/o formación posgradual.



## CONCLUSIONES

---

Si bien cada país desarrolla sus sistemas de salud de acuerdo con sus realidades, historias, necesidades, recursos, entre muchos otros elementos; conocer experiencias exitosas en otros países, escuchar sus aprendizajes, fortalezas y dificultades, puede acortar el camino en la transición que se plantea para nuestro sistema.

Este informe, entonces, no pretende hacer un análisis comparado de los dos sistemas, sino más bien aportar elementos relevantes para el contexto actual que seguramente redundaran en decisiones contextualizadas a nuestra realidad, pero con características exitosas en relación con las experiencias que ya se tiene sobre las mismas acciones.

En ese orden de ideas presentamos las siguientes conclusiones:

- El sistema Andaluz tiene más de 30 años en construcción, tiene grandes avances en cobertura y calidad. Es un sistema escalonado con una puerta de entrada amplia a través de consultorios atendido por dúo profesional médico y de enfermería que se complementan con centros de salud, hospitales comarcales con alta capacidad resolutive y hospitales de alta resolución que se complementan con lo de alta complejidad.
- Las condiciones de calidad de vida de los andaluces son de calidad. La cobertura en servicios públicos, transporte, educación, salud, empleo de calidad, vías de comunicación, seguridad y convivencia les dan a los andaluces condiciones altas de calidad de vida. El SSPA y en general el SNS de España son sistemas universales y públicos. No existe intermediación privada en el manejo de los recursos, los cuales fluyen desde la administración pública a los prestadores y proveedores. Esta experiencia puede ser relevante en la discusión actual de reforma del sistema pues el contexto inicial que se plantea para la conformación del sistema de salud debe entender que la calidad de vida y el desarrollo no solo se logran con acciones de salud autónomas, sino que debe existir una articulación con otros sectores y actores, y es en un escenario de intervención de los determinantes sociales de salud que se puede generar contextos para una atención pertinente y adecuada
- La organización de la prestación en el SSPA se realiza a través de un mapa sanitario diferente al mapa político administrativo, el cual está en función de la población y la cercanía para el acceso a los centros de atención primaria. Así mismo, tiene unas redes de prestadores organizadas territorialmente donde es clara la ruta de referencia y contrarreferencia. Es posible que esta organización este favorecida por tener una red predominantemente pública. Para el caso colombiano en el contexto de la reforma, se ha plantado la gestión a través de territorios saludables, sin embargo, contamos con la limitación de una oferta predominantemente pública y la figura de las EAPB que limitan el desarrollo de redes de base



---

territorial. Es necesario el fortalecimiento a corto., mediano y largo plazo de la red pública para tener mayor gobernabilidad

- El sistema de información del SSPA fue mencionado durante toda la visita como un elemento esencial en el desarrollo del sistema. Facilita la gestión clínica, el control y transparencia en el uso de los recursos, el cumplimiento de metas, entre muchos otros elementos. El desarrollo de este sistema, según lo mencionaron tomó varios años. Conocer de forma más cercana este desarrollo puede ser de interés para Colombia, en la meta que tiene en relación con generar sistemas de información robustos e interoperables.
- El Sistema de Nacional de Salud español es un sistema descentralizado en el cual las comunidades autónomas desarrollan sus propios sistemas de salud, pero a la vez conservan la cohesión a través de las funciones del Ministerio de Sanidad y el Comité Interterritorial. Si bien Colombia se diferencia en su organización, la experiencia de autonomía en la gestión sanitaria que, para nuestro caso sería a nivel departamental, puede ser interesante, así como la transferencia paulatina de las competencias según el desarrollo de las capacidades territoriales.
- La Gobernanza en salud que tienen las regiones les permite autonomía para lograr las adecuaciones del sistema a las necesidades de la comunidad.
- El enfoque de APS desarrollado en el SSPA es Atención Primaria (AP) de primer nivel o puerta de entrada. Es muy clara la diferencia entre el componente hospitalario y el de Atención Primaria. Si bien se reconoce el pilar de participación social y de la acción intersectorial, están muy delimitadas las funciones de la AP que se enmarcan en la prestación de servicios de salud en primer nivel de atención en los centros de salud con alta capacidad resolutoria, la integralidad y la longitudinalidad en la atención. En Colombia cuando se plantea la APS como base del Sistema de Salud incluyendo el contexto de la reforma, se observan diferentes formas de abordar la APS, alcances, tensiones. Puede ser interesante profundizar en la AP del SSPA, puesto que si bien, desde cierta perspectiva puede ser limitada, su desarrollo muestra eficiencia y eficacia.
- El Primer Nivel de Atención realmente es la puerta de entrada al sistema, pero debe contar con unos profesionales formados y con amplias competencias que permitan la resolutoriedad de las necesidades de la población y la articulación con el resto de las instituciones del sistema de salud.
- La planeación en salud debe ser un proceso continuo y a largo plazo que responda a las necesidades contextuales, involucre las dimensiones intersectoriales en lógicas de transformación de los determinantes sociales de salud identificados y que en respuesta guíe las inversiones financieras con indicadores de proceso y resultados claros y en responsabilidad con la rendición de cuentas. Lo que implica un sistema público con financiación

---

garantizada-Recurso humano definido nacionalmente, con seguimiento a cohortes, necesidades y oferta de calidad con educación continua obligatoria, gratuita dentro de horarios laborales. Control de precios en insumos, tecnología y medicamentos y control de salarios, definidos por el estado.

- Debe existir una sinergia entre la academia como un factor de sostenimiento y desarrollo del sistema que de manera articulada permita la definición del talento humano en lógicas de prospectiva a corto mediano y largo plazo. Y favorezca la formación de nuevos profesionales, el entrenamiento y reentrenamiento de los ya existentes. Fortaleciendo la investigación y trabajo conjunto (proyección social) para la mejora en la atención y calidad de vida en los territorios.
- El ciudadano en la APS renovada es concebida como un sujeto de derechos, pero también como un sujeto que tiene deberes y responsabilidades para con el sistema de salud, debe definirse en lógicas de gobernanza, la participación de los usuarios y todos los actores del sistema.
- El trabajo en equipo es fundamental en lógicas no jerárquicas, con claras metas poblacionales y de salud y con formación que les permite alta resolutivez, son protagonistas del trabajo del primer nivel de atención, los profesionales de la medicina, enfermería, fisioterapia, trabajo social, psicología
- Es fundamental el uso adecuado y efectivo de las tecnologías de la información y comunicación que permiten interoperabilidad del sistema y favorecen historia clínica disponible, formulación electrónica, control de medicamentos, telesalud, remisiones seguimiento en procesos de atención y obtención de información para la toma de decisiones.
- Aunque existe un Sistema privado de atención que mejora la oportunidad de cita por especialidades, problema que tiene el sector público no da cuenta de una atención integral pues las enfermedades de alto costo, busca que su usuario regresé al sistema público.
- Las áreas de gestión sanitaria (Modelo de organización de gestión unitaria de los niveles de atención primaria y hospitalaria, así como de la salud pública, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones y programas a desarrollar por ellos), son una estrategia que puede ser útil, por cuanto se estructuran reuniones conjuntas de cooperación entre el talento humano del primario y el hospital generando sinergia en los procesos de atención haciéndolos más resolutivos.
- La revisión de roles y funciones con establecimiento de guías de atención donde haya continuidad entre la atención médica y la de enfermería, en interacción con los profesionales que deriven de estas intervenciones, propician el conocimiento de los pacientes y el núcleo familiar, en este espacio cobra relevancia la educación continua para minimizar el riesgo

---

que da precisamente la continuidad, pero a su vez en el sistema andaluz con citas entre 5 y 10 minutos advierte un hilo delgado en la calidad del proceso de atención, tiempo que se facilita precisamente por un adecuado sistema de información interoperable, por la adscripción y continuidad de pacientes con el equipo del médico familiar y la enfermera.

- La formación conjunta entre la enfermera matrona y ginecólogo en España y el fortalecimiento de la atención familia muestran la necesidad de fortalecer los perfiles ya existentes ( médicos familiares , profesionales de Enfermería expertos en salud familiar , enfermeras con maestrías en perinatología , cuidado materno infantil o cuidado obstétrico) pero que actualmente no tiene escenarios de actuación real en el primer nivel o que actúan pero no se les da la relevancia que deberían tener en la resolutiveidad del sistema.
- El fortalecimiento de los equipos de trabajo tanto profesionales como de apoyo definiendo los roles, funciones y alcances, así como la infraestructura ya existente es prioritario en el nuevo sistema de salud centrado en la atención primaria preventiva predictiva y resolutive.

---

# BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. European Region. Andalucía, Spain. 2022.
2. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
3. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
4. Ibidem
5. Ministerio de Sanidad. Sanidad en datos. Disponible en :<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
6. Información tomada de las presentaciones suministrada por la Escuela Andaluza de Salud Pública.
7. Conferencia Sistema Nacional de Salud España hoy en el marco de la Visita Técnica.
8. la Ley 16/2011, de 23 de diciembre de 2011, de Salud Pública de Andalucía,
9. ibidem
10. PRESUPUESTO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA  
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.juntadeandalucia.es/export/presupuestos2021/memoria/memoria1-a-12.pdf>
11. Junta de Andalucía. organigramas disponible en :  
<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/consejeria/organigrama.html>
12. Hospital Juan Ramón Jimenez. Página web  
<https://ahjuanramonjimenez.es/profesionales/docencia/introduccion/informacion-sobre-el-sspa/>
13. Junta de Andalucía. Servicio andaluz de salud página web
14. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/el-servicio-andaluz-de-salud/organigrama-del-servicio-andaluz-de-salud>
15. Mapa tomado de Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2023  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf\\_publicacion/2020/libSASmapaAP.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2020/libSASmapaAP.pdf)
16. Ministerio de sanidad Español Estadísticas  
<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla16.htm>
17. España, junta de Andalucía , LEY 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/defa](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default)

- 
- ult/files/sincfiles/wsas-media-sas\_normativa\_mediafile/2019/Ley%20de%20salud.pdf
18. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Jefatura del Estado «BOE» núm. 280, de 22 de noviembre de 2003 Referencia: BOE-A-2003-21340 Disponible en :  
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
  19. Cartera de servicios de atención primaria SAS Andalucía  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios/atencion-primaria>
  20. Junta de salud de Andalucía  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/cartera-de-servicios>
  21. Informes, estudios e investigación 2022 ministerio de sanidad Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021 Informe monográfico Disponible
  22. En  
<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemarquia/profesionales/desarrollo-profesional/>
  23. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad. Formación Sanitaria Especializada.  
<https://fse.mscbs.gob.es/fseweb/view/public/fse/programasFSE/duracionProgramas.xhtml>
  24. Informes, estudios e investigación 2022 ministerio de sanidad Recursos Humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021 Informe monográfico Disponible en
  25. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/agsemarquia/profesionales/desarrollo-profesional/>
  26. España. Ministerio de Sanidad. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas
  27. Médicos 2021-2035. 2022 disponible en:
  28. [https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio\\_Oferta\\_Necesidad\\_Especialistas\\_Medicos\\_2021\\_2035V3.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf)
  29. Junta de Andalucía. Resolución de Retribuciones del personal de Centros Sanitarios. Ejercicio 2023.  
[https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas\\_normativa\\_mediafile/2023/resoluci%C3%B3n\\_retribuciones\\_0003\\_2023anexos\\_firmada.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2023/resoluci%C3%B3n_retribuciones_0003_2023anexos_firmada.pdf)
  30. Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana, 2015, p. 16  
Plan de Actuación en el Área de Participación Ciudadana, 2015, p. 15

