

PROPOSICIÓN DE LEY DE RECUPERACIÓN DE LOS NIVELES DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ANDALUCÍA

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Es algo bien establecido que el modelo social y económico actual genera desigualdades entre distintos sectores de población, incluso, en una misma ciudad, entre habitantes de distintos barrios.

Estas desigualdades se reflejan en los denominados determinantes sociales, es decir, las condiciones y circunstancias en las que se desarrollan las vidas de cada cual: nivel económico, educativo y cultural familiar, la calidad de la vivienda y el medioambiente cercano, el tipo de trabajo y tiempo de ocio, etc.

Abundantes evidencias científicas muestran desde hace muchos años, que las desigualdades en estos determinantes sociales condicionan los niveles de salud de la población, hasta el punto de determinar una disminución sustancial de la esperanza de vida en las poblaciones más desfavorecidas.

Preocupados por todo ello, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ADSP-A) se comprometió y consiguió elaborar el Primer Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud de Andalucía (INDESAN), con la colaboración de decenas de expertos en Salud Pública y en Epidemiología Social (<https://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESANfinal.pdf>). El trabajo que se desarrolló tenía las características de toda investigación sociosanitaria rigurosa, por tanto, las conclusiones alcanzadas son evidencias científicas, no opiniones personales. Estos estudios, así como los análisis desarrollados anualmente por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), coinciden en señalar que la población de Andalucía tiene, de forma continuada, una esperanza de vida al nacimiento y esperanza de vida libre de discapacidad en la vejez inferior a la media nacional. De hecho, en los últimos 5 años, la media andaluza de estos dos parámetros es la peor (más baja) de todas las comunidades autónomas, con la excepción de Ceuta y Melilla. Asimismo, la tasa de mortalidad ajustada por edad de la población andaluza es repetidamente la más alta de España. Además, hay que destacar que, entre barrios de una misma ciudad, alejados pocos metros, puede haber una diferencia en la esperanza de vida de más de 10 años. Es decir, la comunidad autónoma primero, y el código postal después, son más importantes para decidir la salud de la población andaluza, que el código genético, desmontando el planteamiento generalizado de responsabilizar individualmente de los niveles de salud a cada persona individualmente.

La única herramienta que existe, la única, para tratar de paliar los efectos de dichas desigualdades sociales se encuentra en el Sector Público. La sanidad, la educación, la atención sociosanitaria de las dependencias, de los mayores, de la

infancia, domiciliaria, etc., si son públicas, es decir, si son universales, gratuitas en el momento de recibir el servicio, accesibles, equitativas y de la máxima calidad, pueden aliviar los efectos nocivos de estas desigualdades sociales.

No cabe duda de que el que todas las personas puedan disponer de los mejores cuidados para su salud, un avance proporcionado por un Sistema Sanitario de calidad es un gran logro para la equidad social, que mitiga las desigualdades.

En cuanto a proveer de una sanidad de calidad e igual para todos, cualquier abordaje desde el sector sanitario privado (con ánimo de lucro) no sirve, porque, por definición, se basaría en aspectos mercantiles, es decir, a mayor nivel económico, mejor prestación, lo cual equivale a mayores desigualdades sociales.

La Constitución Española, en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que "compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios".

Con estos antecedentes, la llegada de la Ley General de Sanidad (1986), del Sistema Nacional de Salud y su descentralización en las Comunidades Autónomas fueron fundamentales para conseguir mejores niveles de salud en la población española, cuya esperanza de vida aumentó poco a poco hasta convertirse en una de las mayores del mundo. Desde finales de la década de los ochenta del siglo pasado, los Servicios Sanitarios Públicos en España, incluido el Servicio Andaluz de Salud, resultaron históricamente decisivos para conseguir unos niveles de atención sanitaria pública que asombraron al mundo. No había demoras en el acceso, no había enfermedades caras, no había limitación en llegar a los niveles más altos de asistencia médica, ni en materiales protésicos ni en ningún otro aspecto. En cuanto al desarrollo de la Salud Pública y Comunitaria, es decir, no combatir sólo la enfermedad sino promocionar la salud, adquirió un nivel notable en esos años, aunque su total despliegue no se terminó de culminar.

La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario público debe presidir las actuaciones de las Instituciones Sanitarias.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía (2007), en su Artículo 22, garantiza el derecho previsto en el artículo 43 de la Constitución Española a la protección de la salud mediante un Sistema Sanitario Público Andaluz de carácter universal y especifica los derechos de los pacientes y usuarios, entre los que se encuentra la garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos.

Por otra parte, el artículo 55.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía asigna a la Comunidad Autónoma competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de centros, servicios y establecimientos sanitarios

En 2008 y años sucesivos, se tomaron en España decisiones políticas que son básicas para entender la situación sanitaria actual. Se desencadenó una crisis financiera que tuvo como consecuencia que cada año los presupuestos del sector público, incluidos los de Sanidad Pública, se recortaran. Los efectos de estos recortes sobre el sector público resultaron dramáticos. En concreto en Andalucía, la reducción de los Presupuestos Sanitarios Públicos fue de diecinueve mil millones de euros a lo largo de la década 2010-2019, y esto dio lugar a la pérdida de más de nueve mil profesionales sanitarios (no se convocaban concursos para nuevas plazas, se amortizaban las jubilaciones, no se cubrían las bajas por enfermedad o vacaciones, etc.), así como a deficiencias de muchos otros recursos asistenciales. Estos déficits presupuestarios no han sido corregidos posteriormente.

Desde el año 2019 el deterioro de la Sanidad Pública se ha hecho más intenso aún. El modelo de gestión que desde esa fecha se ha intensificado es el llamado de colaboración sanitaria público-privada, que, en la práctica, está resultando en un adelgazamiento progresivo del sector sanitario público y un crecimiento continuo del privado. Es conocido que el deterioro de la Sanidad Pública es un requisito previo imprescindible para plantear la privatización de la misma. Sea o no sea ése el objetivo, ésta es la realidad actual.

Las decisiones privatizadoras se acumulan en este periodo. Se deroga el complemento de exclusividad que percibían aquellos profesionales médicos que trabajaban sólo en la Sanidad Pública, incluyendo los cargos sanitarios intermedios, a los que, además, se les elimina la incompatibilidad pública/privada. Se emplea de forma creciente la derivación de fondos de los presupuestos sanitarios andaluces para aumentar los conciertos con las clínicas privadas y, también, los pagos a otros agentes del sector privado, mediante la supresión de los sistemas de control del gasto (subasta de medicamentos, etc.). Así, se aumentan la desviación de pacientes a los centros con ánimo de lucro tanto para intervenciones quirúrgicas como para exploraciones complementarias diagnósticas. Se consideran a dichas clínicas como hospitales públicos de referencia, sin auditar de forma suficiente sus niveles de calidad. Y todo ello se hace sin que los recursos sanitarios públicos propios estén en su máximo rendimiento, con lo que se está incumpliendo la Ley General de Sanidad, que establece el uso en toda su potencia de los centros públicos, antes de acudir a otros medios (artículos 90.1 y 90.2).

Todas las decisiones descritas han determinado el profundo deterioro actual. La Atención Primaria ha dejado de ser accesible (demora media de cita entre 10-14 días), se ha perdido la longitudinalidad asistencial (es decir, una persona debe ser atendida de forma estable por el mismo equipo médico), y se han eliminado sus funciones de promoción de la salud de la comunidad y prevención de sus enfermedades. Estas actividades asistenciales de la Atención Primaria son cruciales ya que se ha demostrado que, por sí solas, son capaces de disminuir la mortalidad de la población en un 30%.

Asimismo, las listas de espera sanitarias, tanto las diagnósticas como las quirúrgicas se han visto incrementadas de forma escandalosa. Esto ha dado lugar a que los tiempos de espera actuales hayan aumentado, en muchos casos por encima de los plazos máximos marcados por los decretos reguladores, lo que establece una ilegalidad flagrante y duradera. Aunque esta realidad se ha tratado de ocultar durante los últimos años (2021-2023), al final, han terminado conociéndose. Actualmente el 12,5% de la población andaluza está en alguna de esas listas. Además, hay muchos pacientes que están “esperando” sin estar en las listas (las agendas están cerradas, etc.). La situación en las áreas rurales es de abandono completo en muchas comarcas.

Hay que decir que después de varios años siguiendo esta política de derivaciones asistenciales y de recursos económicos al sector privado, la situación sanitaria en Andalucía no solo no ha mejorado, sino que está empeorando. En este sentido, hay evidencias que indican que, si se emplearan los fondos públicos derivados al sector privado en los Centros Públicos, el deterioro actual se paliaría sustancialmente.

No sólo existe un sufrimiento insoportable de una parte importante de la población andaluza, que está en espera de ser atendida, sino que sus vidas pueden estar en peligro si no se conoce a tiempo el diagnóstico de sus padecimientos. De hecho, existen evidencias científicas que permiten anticipar que los efectos nocivos de esta situación pueden provocar aumentos de la mortalidad tratable de la población andaluza.

Por todo ello, y ante la duración insostenible de esta situación a lo largo de años sin visos de mejora, es por lo que se propone una nueva legalidad que dé fin al deterioro presente de la Sanidad Pública y que garantice su correcto funcionamiento. Las modificaciones de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía que se plantean en la presente Proposición, van encaminados a poner en marcha sistemas de control social de las decisiones de la Administración sobre la Sanidad Pública, potenciar el necesario desarrollo de los recursos propios en todos los niveles asistenciales para garantizar la accesibilidad de los ciudadanos y el correcto funcionamiento de los mismos y, por último, regular y limitar el papel excepcional, subsidiario y temporal de la concertación con el sector privado.

ARTICULADO DE LA PROPOSICIÓN DE LEY

Artículo Único: Se modifican los siguientes artículos de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Art 3. (párrafo 5º): quedará redactado de la siguiente manera:

Sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo, se garantizará a todas las personas en Andalucía las prestaciones vitales de emergencia, así como la atención a la salud y asistencia sanitaria con los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población.

El artículo 12 (párrafo 2º): quedará redactado de la siguiente manera:

Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de la organización, composición, funcionamiento y atribuciones del Consejo Andaluz de Salud, que se ajustará a criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de las Administraciones locales, de los sindicatos, de las organizaciones empresariales más representativas a nivel de Andalucía, así como de los colegios profesionales, de las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía, de las asociaciones de pacientes y colectivos o movimientos sociales y vecinales.

El artículo 13: quedará redactado de la siguiente manera:

1. En cada Área de Salud, Distrito Sanitario, hospital, Zona Básica de Salud, Municipio y/o Centro de Salud y Consultorio, se establecerá un Consejo de Salud del Área, de distrito, de hospital o de Zona Básica o del Centro de Salud, como órgano colegiado de participación ciudadana, con la finalidad de hacer el seguimiento y evaluación en su ámbito de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud, así como alegar o proponer medidas o actuaciones que se consideren de beneficio para la salud pública o de mejoras para el servicio sanitario público de dicho ámbito.

2. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de los Consejos de Salud de Área de Distrito o de Zona Básica, que se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, garantizando, en todo caso, la participación de las Administraciones locales, de los sindicatos, de las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía, de las asociaciones de pacientes y colectivos o movimientos sociales y vecinales.

El artículo 14: quedará redactado de la siguiente manera:

1. Por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se establecerán órganos de participación ciudadana a todos los niveles de la organización territorial y funcional del Sistema Sanitario Público de Andalucía, al menos en Área de Salud, Distrito Sanitario, hospital, Zona Básica de Salud, Municipio y/o Centro de Salud y Consultorio, con la finalidad de hacer las valoraciones correspondientes así como el seguimiento de la ejecución de las directrices de la política sanitaria, elevando las alegaciones o propuestas que consideren convenientes, asesorar a los correspondientes órganos directivos e implicar a las organizaciones sociales y ciudadanas en el objetivo de alcanzar mayores niveles de salud y en la toma de decisiones de aspectos que afectan a su relación con los servicios sanitarios públicos.

2. Corresponde al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía la regulación reglamentaria de los órganos de participación a que hace referencia el apartado anterior, y que se ajustará a los criterios de participación democrática de todos los interesados, y cuya composición se establecerá, en cada caso, en función de

su naturaleza y su ámbito de actuación. En el plazo no superior a 6 meses estará elaborada la regulación de participación y en el plazo no superior a 12 meses deberán estar constituidos todos los órganos de participación que deberán reunirse, al menos, dos veces al año tras su constitución.

3. En todo caso, a fin de propiciar una participación lo más cercana a la realidad social y cultural de los diferentes territorios, se implementarán de forma prioritaria los **Consejo de Salud de cada Centro de Salud**, En estos Consejos de Salud habrá una representación de la administración sanitaria, a través del equipo directivo del mismo, una representación de los trabajadores/as sanitarios de dicho centro elegidos directamente por los mismos procurando la presencia de los diferentes sectores (personal médico, de enfermería, administrativo etc), una representación del Ayuntamiento, y una representación de los usuarios a través de los colectivos ciudadanos, sociales o de usuarios y consumidores existentes en dicho ámbito.

En aquellos Municipios donde exista más de un centro de salud podrá establecerse un ámbito de coordinación y cooperación entre los mismos, si se viese más necesario, creándose el Consejo de Salud del ámbito del Municipio, sin menoscabo de los Consejos de cada Centro de Salud.

Artículo 15 (párrafo 8º): quedará redactado de la siguiente manera:

Promoción de estilos de vida saludables entre la población, así como promoción de la salud y prevención de las enfermedades en los grupos de mayor riesgo. El Consejo de Gobierno a través de las Consejerías de Educación y de Salud, con el debido asesoramiento técnico, tanto sanitario como educativo, propondrá un temario de Educación para la Salud a incluir en la enseñanza, con los contenidos correspondientes a cada nivel educativo y que se centren en los aspectos y determinantes que más impacto tienen en la salud, verificados científicamente, tales como medioambientales, nutricionales, de hábitos de vida, calidad de vida, empleo, vivienda, cultura y relaciones sociales.

Artículo 17. (párrafo 2º): quedará redactado de la siguiente manera:

La implantación de sistemas de información adecuados, que permitan la elaboración, junto con las autoridades laborales competentes, de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores, así como hacer posible un rápido intercambio de información y colaboración en las acciones de inspección que resultasen necesarias.

Artículo 18: quedará redactado de la siguiente manera:

La Administración Sanitaria Pública de la Comunidad Autónoma, dimensionará los recursos y medios que necesite el Sistema Sanitario Público de Andalucía para desarrollar las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

1. La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de atención primaria, como de asistencia hospitalaria, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención sociosanitaria.
2. Atención a los problemas de salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias. Tendiendo a un Equipo de Salud Mental por Zona Básica de Salud.
3. La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos y diagnósticos necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, con el alcance que se define en el artículo 4 de la presente Ley.
4. El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.
5. La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del sistema sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado y posgrado.
6. El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Artículo 19: (Añadir Apartado 10)

10. La administración sanitaria informará puntualmente a todos los Consejos de Salud de Áreas de Salud, Distritos Sanitarios, hospitales, Zonas Básicas de Salud, Municipios y/o Centros de Salud y Consultorios, de las incidencias que surgieran en sus ámbitos de actuación y que pudieran ser de interés general.

Artículo 33: quedará redactado de la siguiente manera:

De conformidad con los criterios y pautas que establezca el Plan Andaluz de Salud, y teniendo en cuenta las especificidades de cada territorio, se elaborarán planes de salud específicos por los órganos correspondientes de cada una de las áreas de salud. Dichos planes serán aprobados por la Consejería de Salud.

Los **Planes Local de Salud**, como expresión de diagnóstico de salud y estrategias para mejorar la salud de la población y la calidad de los servicios sanitarios públicos en cada Municipio, constituyen el exponente más relevante de la participación comunitaria y de la cooperación entre las distintas administraciones.

Requieren la participación de los Consejos de Salud de los Centros de Salud, los Ayuntamientos y la Consejería de Salud, coordinados en cada municipio, de

acuerdo con las directrices del Plan Andalúz de Salud. Con el soporte técnico existente en las administraciones, los datos demográficos, socioeconómicos, de morbimortalidad etc plantean, tras el diagnóstico de salud realizado, las estrategias, programas y actividades necesarias para elevar el nivel de salud de la población.

Artículo 38 apartado 2: quedará redactado de la siguiente manera:

2. En materia de participación y gestión sanitaria, los municipios:

a) Participarán en los órganos de dirección y/o participación de los servicios públicos de salud en la forma que reglamentariamente se determine.

b) Colaborarán, en los términos en que se acuerde en cada caso, en la construcción, remodelación y/o equipamiento de centros y servicios sanitarios públicos, así como en su conservación y mantenimiento. En ningún caso la colaboración o no de los municipios podrá significar desequilibrios territoriales o desigualdad en los niveles asistenciales ni supondrá un gravamen para las arcas municipales

c) En el caso de disponer de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad municipal, establecer con la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía, cuando así se acuerde por ambas partes, convenios específicos o consorcios para la gestión de los mismos.

d) Participarán en la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad pública, en los términos en que se acuerde en cada caso, y en las formas previstas en la legislación vigente.

e) Participar, en la forma en que se determine reglamentariamente, en la elaboración de los planes de salud de su ámbito.

Artículo 44: quedará redactado de la siguiente manera:

1. El modelo organizativo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud consistirá en la titularidad pública y la gestión pública directa de los servicios, centros y establecimientos sanitarios.

2. En ningún caso podrán prestarse por gestión indirecta, mediante concierto, convenio o cualquier otra fórmula, los servicios, centros y establecimientos sanitarios que se creen o se estén gestionando de forma directa en el marco del Sistema Nacional de Salud.

3. El Sistema Sanitario Público de Andalucía integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud.

4. El Sistema Sanitario Público de Andalucía, en el marco de las actuaciones del Sistema Nacional de Salud, tendrá como características fundamentales:

a) La extensión de sus servicios a toda población, en los términos previstos en la presente Ley.

b) El aseguramiento único y público y la financiación pública del Sistema.

c) El uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

d) La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Artículo 45: Se elimina el punto 2.b

Artículo 51 2b: quedará redactado de la siguiente manera:

b) Atención Hospitalaria.

Artículo 52: quedará redactado de la siguiente manera:

1. La atención primaria de salud constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud.

2. La atención primaria de salud será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los equipos de atención primaria.

3. Dicha atención se prestará a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, bien sea de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

4. La red de atención primaria, tendrá un dimensionamiento de personal suficiente para garantizar la asistencia sanitaria a demanda en un plazo no superior a 48 horas y en la atención programada se respete el criterio facultativo que lo designa.

Artículo 54: quedará redactado de la siguiente manera:

1. La atención hospitalaria se prestará por los hospitales, así como por sus centros de especialidades.

2. El hospital, junto a sus correspondientes centros de especialidades, constituye la estructura sanitaria responsable de la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de internado, como ambulatorio y domiciliario de la población de su ámbito territorial, desarrollando, además, funciones de

promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y docencia e investigación, en coordinación con la atención primaria.

3.- El Hospital dimensionará todos sus servicios como los recursos humanos encaminados para asegurar una atención sanitaria hospitalaria con una lista de espera inferior a 30 días para consultas, tanto primeras como sucesivas y para intervenciones quirúrgicas inferior a 60 días.

Artículo 63: Se elimina

Artículo 66: quedará redactado de la siguiente manera:

Formará parte de la política sanitaria de Consejería de Salud la creación de una red integrada de centros de titularidad y gestión pública directa en todo el territorio andaluz. La Consejería de Salud iniciará de forma inmediata la reversión a la gestión pública directa de aquellos centros y servicios sanitarios, incluyendo los servicios considerados no sanitarios.

La Administración sanitaria dotará de centros de titularidad pública y gestión directa, a todas las localidades en las que actualmente la prestación sanitaria pública se realice mediante convenios singulares.

Transitoriamente se mantendrán los convenios singulares existentes, sujetos a la normativa que les afectaba, pero no se podrán firmar más.

La Administración sanitaria Presentará en el plazo de 6 meses de la aprobación de la presente ley un plan de finalización de los convenios singular existentes.

Artículo 73: quedará redactado de la siguiente manera:

1. La Administración sanitaria asegurará la existencia de suficientes recursos sanitarios de cada nivel asistencial, humanos y materiales, previendo las necesidades especiales en situaciones de emergencia.

2. Los centros sanitarios de gestión directa del Sistema Nacional de Salud solo podrán establecer conciertos privados en supuestos excepcionales de necesidad, para circunstancias urgentes y sobrevenidas, y previo informe razonado y público de los consejos de salud correspondientes, informes que serán públicos y preceptivos, pero no vinculantes.”

Artículo 74: quedará redactado de la siguiente manera:

Los convenios y conciertos sanitarios en vigor actualmente se mantendrán activos, pero la Consejería de Salud deberá ir planificando el necesario aumento de centros y recurso públicos para que, en un plazo no superior a 5 años, los conciertos se adapten a lo estipulado en el artículo 73 apartado 2.

La suscripción de convenios y conciertos con entidades, empresas o profesionales para la prestación de servicios sanitarios se realizará siempre según lo previsto en el artículo 73.2 y teniendo en cuenta los principios de necesidades de atención en cada momento, urgencia de la misma, limitación temporal a la duración de la

contingencia sobrevenida, así como al cumplimiento de las condiciones determinantes de la autorización sanitaria, y de cuantas disposiciones y normas afecten a las actividades conveniadas o concertadas, y las obligaciones especialmente previstas en contratación de los servicios sanitarios. La previa autorización sanitaria incluirá también las operaciones de homologación y acreditación. En igualdad de condiciones de eficacia, eficiencia y calidad, las entidades sin ánimo de lucro tendrán consideración preferente para la suscripción de convenios y conciertos.

Artículo 76: quedará redactado de la siguiente manera:

1. Para la suscripción de convenios y conciertos de asistencia sanitaria, aunque solo se empleen en situaciones extraordinarias, los centros y servicios sanitarios deberán estar autorizados para el desarrollo de las actividades sanitarias objeto de los mismos en las correspondientes unidades asistenciales para las que se entenderán homologadas y acreditadas, deberán someterse a las actuaciones de comprobación que sean previstas y deberán ajustarse a los parámetros y estándares exigibles en el Sistema Sanitario Público. En todo caso, los requisitos exigidos para la autorización de funcionamiento serán los mismos que los exigidos para la homologación.
2. El régimen de concierto será incompatible con la percepción de subvenciones destinadas a la financiación de las actividades o servicios que hayan sido objeto del concierto.
3. La consejería de Salud adoptará las medidas necesarias para auditar, la calidad asistencial, la equidad en el acceso y el coste económico de los servicios y centros financiados con dinero público y sometidos a gestión privada, incluyendo los servicios considerados no sanitarios.

Disposición adicional Primera. Régimen de acceso a puestos de difícil cobertura de determinado personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud: Quedará redactada de la siguiente manera:

1. La consejería de Salud implementará políticas sanitarias destinadas al mundo rural y encaminadas a incentivar las condiciones laborales en las diferentes zonas según su dificultad de desarrollo con una discriminación positiva atractiva que haga que la cobertura sanitaria se equipare entre todas ellas. Cuando, a pesar de la discriminación positiva, no haya sido posible la cobertura por los procedimientos ordinarios de selección y provisión, el Servicio Andaluz de Salud, excepcionalmente, podrá convocar procesos selectivos específicos por el sistema de concurso, a fin de impulsar la incorporación urgente, estable y permanente de personal a los puestos de difícil cobertura, de conformidad con lo previsto en la legislación estatal de carácter básico y en los términos que reglamentariamente se establezcan. El personal seleccionado en los concursos que se ejecuten en aplicación de la presente ley: Deberá incorporarse, de modo efectivo y

permanente, al servicio activo en el destino adjudicado para adquirir la condición de personal estatutario fijo.

Disposición adicional segunda. De la infrafinanciación acumulada: (Se añade esta Disposición)

Por el decremento en la financiación en los últimos 10 años que se calcula en una cantidad acumulada de 19.000 millones € por los recortes efectuados en los sucesivos presupuestos. El Sistema Sanitario Público Andaluz presenta una situación de deterioro acumulado de la calidad asistencial y déficit de personal en los servicios sanitarios públicos. Por lo que el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta de la Consejería de Salud, aprobará un Plan de choque por dicha cantidad de 19.000 M€, prorrateado en los cinco sucesivos presupuestos, con la finalidad exclusiva de recuperar y reforzar el sistema sanitario público, específicamente al aumento de plantillas y de infraestructuras de la sanidad pública.

Disposición adicional tercera. Del gasto farmacéutico extrahospitalario: (Se añade esta Disposición)

El gasto farmacéutico extrahospitalario sigue desbordado, con un crecimiento del mismo por parte del Servicio Andaluz de Salud de un 24% desde 2018 a 2023, pasando de 1.833 millones de euros a 2.312 millones en un lustro. Por lo que la Consejería de Salud implementará las actuaciones oportunas para que la adjudicación del suministro de medicamentos de uso extrahospitalario se realice por convocatoria pública, en las que podrán participar todos los laboratorios farmacéuticos interesados para seleccionar a la empresa que ofrezca el de menor coste y que deberán ser dispensados por las oficinas de farmacia en el marco de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía

Disposición derogatoria única

1. Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango contradigan lo dispuesto en la presente ley.
2. Las referencias contenidas en normas vigentes a los preceptos que se derogan expresamente deberán entenderse efectuadas a las disposiciones de esta ley que regulan la misma materia que aquéllos.

Sevilla, 5 de noviembre de 2024