



Equidad



Equidad

La equidad es un valor subyacente y uno de los principios básicos de nuestro sistema sanitario. Se refiere a prestar los servicios de salud de una forma igualitaria, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión. Se refiere asimismo a atender y promover la salud de toda la población. Entiende la atención a la salud desde igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; e igual calidad para todos.

Aunque cada una de las perspectivas incluidas en esta dimensión constituyen de por sí aproximaciones que permitirían indiscutiblemente desarrollos monográficos más amplios, los indicadores relacionados a continuación se han seleccionado como trazadores de la equidad en el Sistema Sanitario Público de Andalucía desde el punto de vista de la renta, el lugar geográfico, la perspectiva de género y la edad.

Así, la perspectiva de la equidad desde el punto de vista de la **renta** es ofrecida por indicadores como la autopercepción del estado de salud según nivel de ingresos (1.1), la utilización de la consulta médica (1.2.a), o el acceso a la consulta médica de atención primaria, pediátrica o enfermera, de forma comparativa entre población general y población que vive en zonas de transformación social, con menos recursos económicos (1.2.b); así como la percepción de equidad de la población según nivel socioeconómico (1.11). La perspectiva de la equidad desde el punto de vista del **lugar geográfico**, es desarrollada por diversos indicadores, tanto de actividad (cirugía mayor ambulatoria, 1.3), como de detección precoz (screening de cáncer de mama, 1.4), resultados (bajo peso al nacer 1.5; mortalidad por cáncer de mama, 1.8), accesibilidad (tiempos de espera quirúrgicos o diagnósticos, 1.12 a 1.16), y percepción de la población, según se viva en zona rural o urbana, de la accesibilidad a los servicios sanitarios públicos (1.11). La perspectiva de la equidad desde el punto de vista del **género**, es desarrollada por indicadores como la autopercepción del nivel de salud (1.10) o la mortalidad por cáncer de pulmón (1.9). Finalmente, la perspectiva de la equidad desde el punto de vista de la **edad** se aborda mediante indicadores ligados a la experiencia del paciente sobre la accesibilidad horaria a los servicios (1.6 y 1.7).

EQUIDAD	
Código	Indicador
1.1.	Estado de salud percibido en los últimos doce meses. Andalucía y España según nivel de ingresos, 2006.
1.2.a.	Utilización de la última consulta médica. Andalucía y España según nivel de ingresos, 2006.
1.2.b.	Utilización de la consulta de atención primaria. Frecuentación general de la población total y frecuentación de la población en zonas de transformación social. Andalucía, 2010.
1.3.	Intervenciones potencialmente ambulatorias realizadas en CMA. Provincias de Andalucía, 2000-2010.
1.4.	Participación en el programa de screening de cáncer de mama. Provincias de Andalucía, 2004-2009.
1.5.	Recién nacidos con bajo peso. Provincias de Andalucía, 1980-2009.
1.6.	Satisfacción con los horarios de consulta de atención primaria. Andalucía por grupos de edad, 1999-2009.
1.7.	Satisfacción con los horarios de consultas externas. Andalucía por grupos de edad, 2002-2009.
1.8.	Mortalidad por cáncer de mama. Provincias de Andalucía, 1996-2008.
1.9.	Mortalidad por cáncer de pulmón. Provincias de Andalucía según sexo, 1996-2008.
1.10.	Percepción del estado de salud en los últimos doce meses según sexo. Andalucía, 2009.
1.11.	Equidad en la prestación de servicios sanitarios públicos con independencia del nivel social y ruralidad. Andalucía y España, 2002-2010.
1.12.	Tiempo de espera para primera consulta de especialidades. Provincias de Andalucía, 2006-2010.
1.13.	Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos. Provincias de Andalucía, 2005-2010.
1.14.	Tiempo de espera para intervención quirúrgica. Provincias de Andalucía, 2003-2010.
1.15.	Tiempo de espera para Tomografía Axial Computerizada. Provincias de Andalucía, 2005-2010.
1.16.	Tiempo de espera para cirugía de cataratas. Provincias de Andalucía, 2003-2010.



1.1. Estado de salud percibido en los últimos doce meses. Andalucía y España según nivel de ingresos, 2006.

El Gráfico 1.1 muestra cómo valora su **estado de salud** la población andaluza y española en los últimos doce meses, **según el nivel de ingresos**. Los datos, que corresponden a la Encuesta Nacional de Salud de 2006, muestran en Andalucía que en los niveles de ingresos medios (de 901 a 1.800 euros) el 71,4% de la población de 16 y más años valora su estado de salud como bueno o muy bueno. En los ingresos bajos (menos de 900 euros), este porcentaje de valoración buena o muy buena, desciende al 51,8%. Y en los ingresos altos (más de 1.800 euros) este porcentaje sube al 78,1% de la población.

Así, en Andalucía, la percepción de buena salud en los ingresos bajos es 19,7 puntos inferior respecto a la que tiene la población de ingresos medios, y 26,3 puntos inferior respecto a la que tiene la población de ingresos altos.

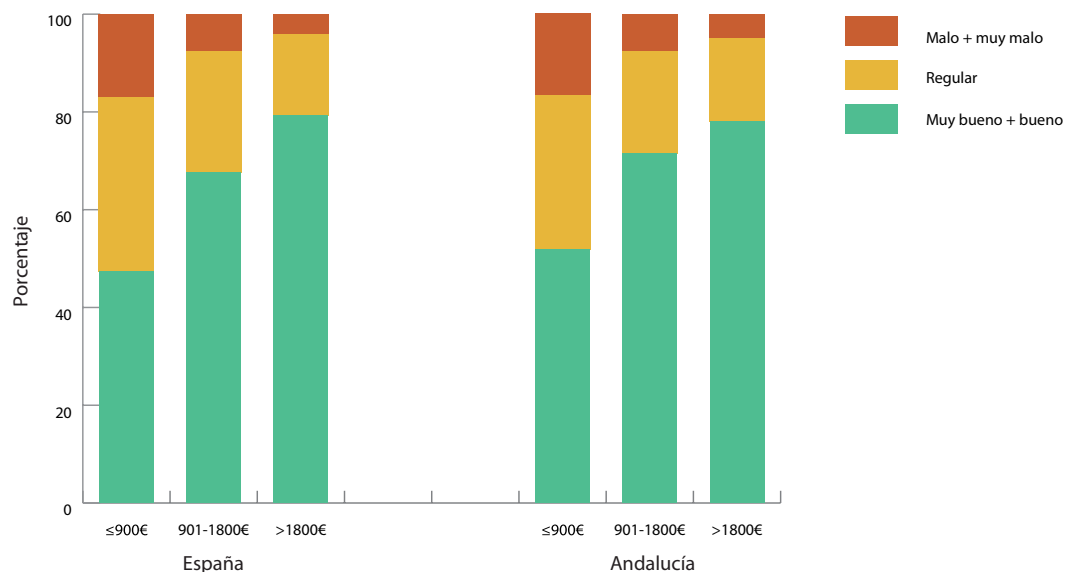
Para el conjunto de España, en lo que se refiere a los ingresos medios, el 67,6% de la población valora su estado de salud como bueno o muy bueno (3,9 puntos menos que en Andalucía); en los ingresos bajos este porcentaje está en el 47,4% (4,3 puntos menos que en Andalucía); y en los ingresos altos alcanza al 79,3% (1,2 puntos más que en Andalucía).

En España, la percepción de buena salud en los ingresos bajos es 20,1 puntos inferior respecto a la que tiene la población de ingresos medios, y 31,9 puntos inferior respecto a la que tiene la población de ingresos altos.

La percepción diferencial de evaluar un mejor estado de salud (también sucede en la autopercepción de mala salud), distinta en función de los ingresos de la persona, es una característica común con España; aunque en valoraciones generales de buena salud el diferencial entre los tramos de ingresos altos y bajos en buena salud percibida es más acentuado para el conjunto de España que en Andalucía; y los porcentajes de buena salud percibida sean mayores en Andalucía en los tramos bajos y medio, aunque menor para el tramo alto.

Si la percepción de salud ofrece una aproximación consistente con la situación real de salud, es evidente que analizar las diferencias por ingresos de las variables sanitarias proporciona una aproximación imprescindible para garantizar una mayor equidad en salud y en atención sanitaria, más aun cuando los diferenciales registran tales porcentajes. Una mayor percepción de carga de enfermedad o de peor salud diferentes, que requiere profundizar tal enfoque en el análisis y la intervención sanitaria, en un sistema sanitario sustentado en la universalidad y la equidad.

Gráfico 1.1



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



1.2.a. Utilización de la última consulta médica. Andalucía y España según nivel de ingresos, 2006.

El Gráfico 1.2.a recoge una comparativa de los datos que ofrece la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 sobre la utilización que hace la ciudadanía de la **consulta médica**, en función de su **nivel de ingresos**.

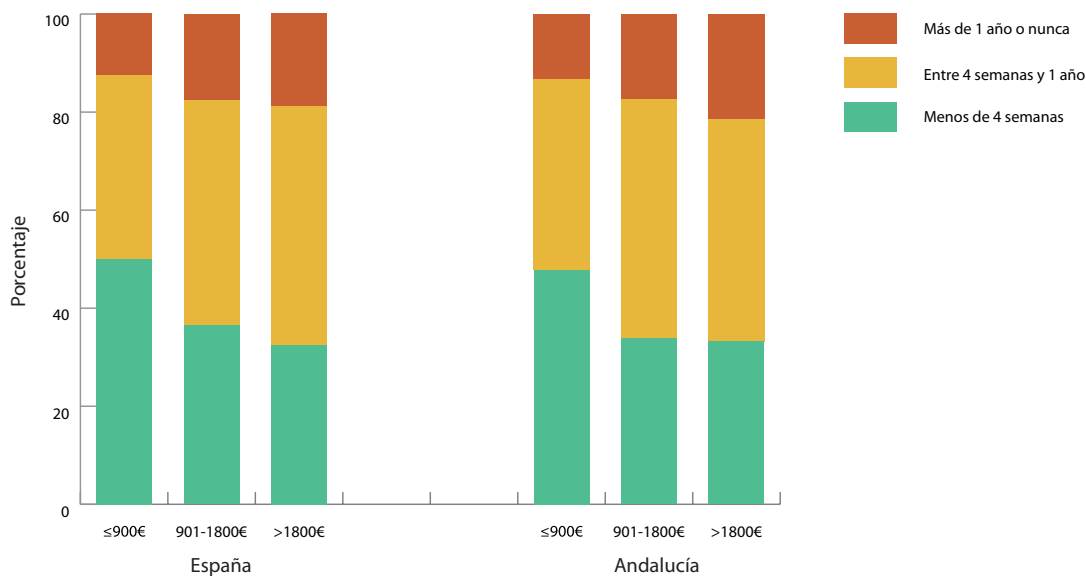
Ante la pregunta: “¿Cuánto tiempo hace que realizó una consulta médica por última vez?”, tanto el conjunto de la población española como la andaluza mostraron un patrón de utilización similar, observándose que a medida que disminuía el nivel de ingresos, se incrementaba el número de personas que demandaron consulta médica en las últimas 4 semanas. Por el contrario, las personas con mayor nivel de ingresos acudieron en menor proporción a la consulta en este periodo. Así, en el año 2006 el 47,8% de los andaluces con ingresos mensuales menores o iguales a 900€ realizaron una consulta médica en las 4 últimas semanas, frente al 33,2% de la población con ingresos mayores a 1.800€.

Estos datos pueden guardar relación con la percepción del estado de salud de la población según su nivel de ingresos (información también facilitada por la ENS), distanciándose la demanda de asistencia sanitaria en consulta médica en aquellas personas con mayores recursos económicos y, a su vez, mejor autopercepción de su estado de salud. En este sentido, solo el 4,9% de la población andaluza con ingresos mayores de 1.800€ perciben como malo o muy malo su estado de salud, realizando el 21,6% de esta población su última consulta médica hace más de un año. Por el contrario, el porcentaje de andaluces que perciben como malo o muy malo su estado de salud se eleva al 16,7% entre aquellos con ingresos menores o iguales a 900€, reduciéndose a un 13,3% la población que realizó su última consulta médica hace más de un año.

Igualmente, desde el punto de vista de la equidad en el acceso, los datos reflejan que el nivel de ingresos no es una variable que afecte a la accesibilidad a la atención médica en consultas. La utilización de la consulta médica no está restringida por el nivel de ingresos de la persona. Un bajo nivel de ingresos no supone una dificultad para el acceso, en un sistema sanitario configurado por la universalidad y gratuidad en el momento del acceso. Ni, como se observa, no supone una menor frecuencia de visitas a la consulta médica dificultada por un menor nivel de renta del paciente.



Gráfico 1.2.a



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006 - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

1.2.b. Utilización de la consulta de atención primaria. Frecuentación general de la población total y frecuentación de la población en zonas de transformación social. Andalucía, 2010.

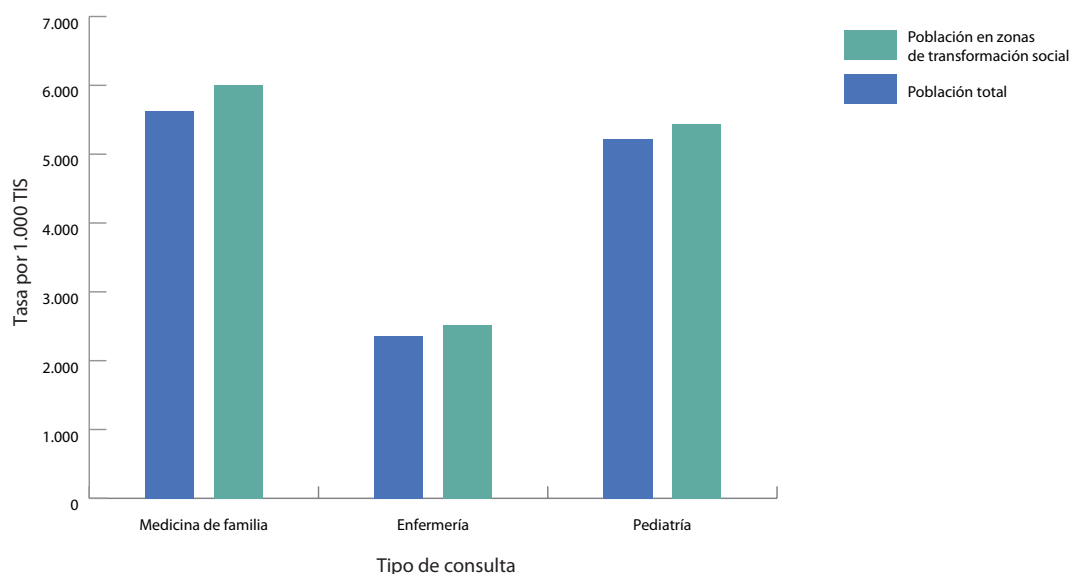
Al objeto de reducir las desigualdades sociales y en salud de la población, existen definidas en Andalucía lo que se denominan como Zonas con Necesidades de Transformación Social, que constituyen aquellos espacios claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que sean significativamente apreciables problemas en materias de vivienda, deterioro urbanístico y déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos; elevados índices de absentismo y fracaso escolar; altas tasas de desempleo junto a graves carencias formativas profesionales; significativas deficiencias higiénico sanitarias y fenómenos de desintegración social. En estas zonas hay un programa activo de intervención social intersectorial, dirigidas en materia de salud a poner en marcha acciones para prevenir y combatir las situaciones de vulnerabilidad y exclusión sociosanitaria y mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios y los resultados en salud de estas poblaciones en desventaja social. En todo el territorio de Andalucía se han definido un total de 153 zonas necesitadas de transformación social, en las que se ubican 124 centros de atención primaria.

De manera complementaria al Gráfico 1.2.a de la utilización de la ciudadanía de la consulta médica **según nivel de ingresos** a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, en esta ocasión se analiza la **frecuentación registrada en atención primaria** en consultas de medicina de familia, enfermería y pediatría en Andalucía a lo largo del año 2010.

Los datos mostrados en el Gráfico 1.2.b ponen de manifiesto una mayor frecuentación médica y enfermera de promedio de la población en desventaja social, que la frecuentación media registrada para el conjunto de la población total andaluza. Así, mientras que la frecuentación al médico de familia en Andalucía fue de 5.618 consultas por cada 1.000 TIS, en centros ubicados en zonas necesitadas de transformación social la frecuentación fue de 6.003 por cada 1.000 TIS (un siete por ciento mayor). La frecuentación a las consultas de enfermería fue para el conjunto de Andalucía de 2.347 y en las zonas de transformación social fue de 2.510 (un siete por ciento mayor), y la frecuentación al pediatra de atención primaria fue para el conjunto de Andalucía de 5.212 y en las zonas de transformación social fue de 5.435 (un cuatro por ciento mayor).

Un bajo nivel de ingresos no compromete la equidad en el acceso en el sentido de una dificultad para su acceso a estos servicios de atención primaria, sino que por el contrario se observa una mayor utilización de las consultas en estas poblaciones con menos recursos económicos.

Gráfico 1.2.b



Fuente: Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria (Diraya) – SSPA
Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria – SAS



1.3. Intervenciones potencialmente ambulatorias realizadas en CMA. Provincias de Andalucía, 2000-2010.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es cirugía de mediana complejidad que se realiza sin hospitalización del paciente.

Realizar estas intervenciones de forma ambulatoria supone una mejora en la calidad de la asistencia, ya que el paciente recibe menor impacto quirúrgico y anestésico, menor desarraigo de su vida habitual y se recupera en su domicilio lo que supone, además de una mayor comodidad para el paciente y su familia, la disminución de la posibilidad de contraer una infección hospitalaria.

Se establecen procedimientos para garantizar el seguimiento del paciente en su domicilio.

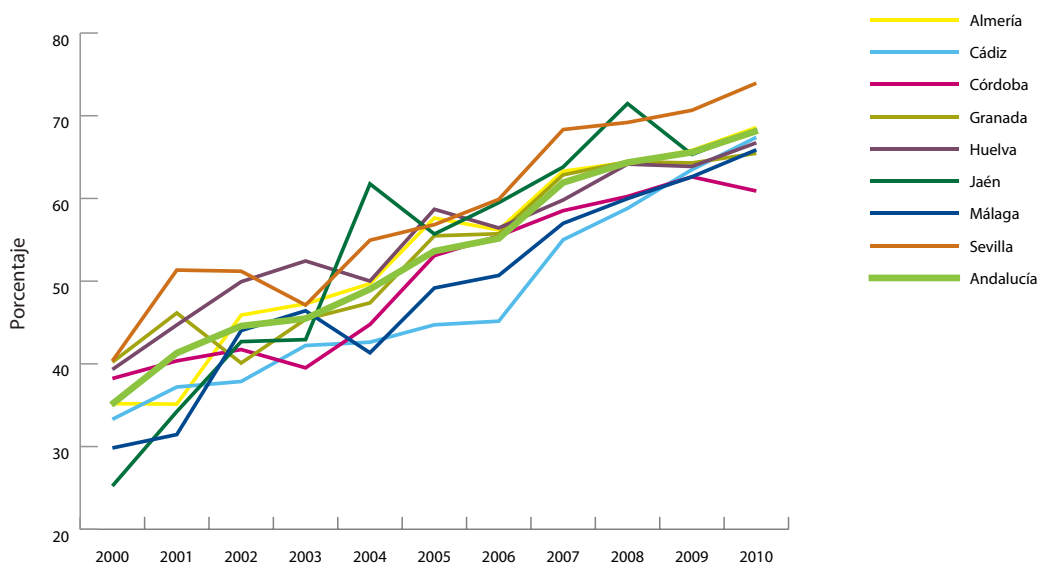
Cada vez son más los procedimientos que se pueden beneficiar de estas técnicas, gracias al avance de las técnicas quirúrgicas y anestésicas.

El gráfico muestra el **porcentaje de intervenciones por CMA** realizadas en Andalucía **por provincia** desde el año 2000, de entre aquellas que se considera que pueden realizarse de este modo. Para el total de Andalucía, este porcentaje alcanzó en 2010 el 68,15%.

Se observa la tendencia al alza que han tenido estas intervenciones quirúrgicas en nuestra Comunidad Autónoma, en todas las provincias.



Gráfico 1.3



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos – SSPA

1.4. Participación en el programa de screening de cáncer de mama. Provincias de Andalucía, 2004-2009.

El Gráfico 1.4 de **cobertura de screening de cáncer de mama** (Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama) hace referencia al porcentaje de mujeres que han sido atendidas en el programa en ese periodo de tiempo.

Este programa se ha ido implantando progresivamente hasta llegar al 100% de Andalucía en el año 2004.

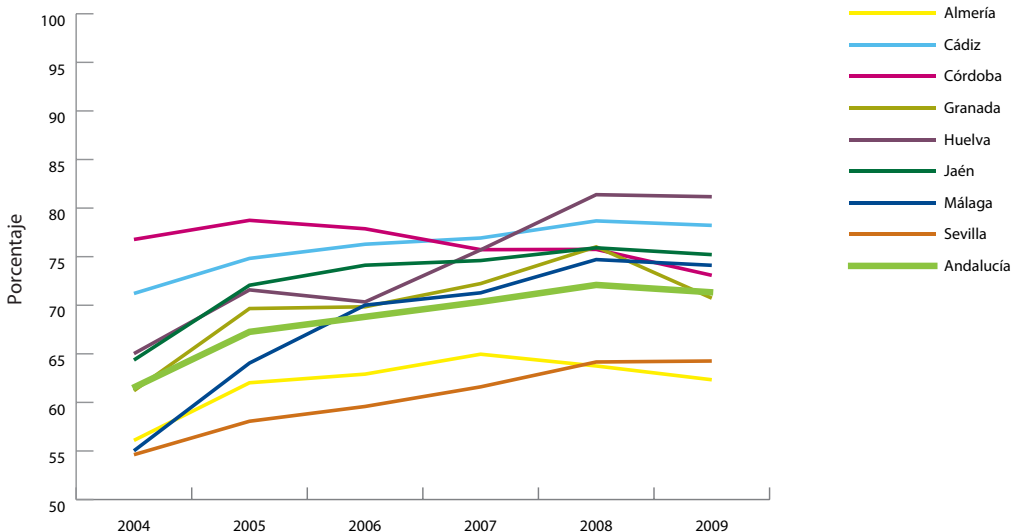
Una de las premisas establecidas para garantizar su efectividad, es que la participación sea superior al 70%.

En estos momentos, Andalucía está dentro de los objetivos marcados en las recomendaciones del Consejo Europeo contra el Cáncer, con una captación global de más del 70% de la mujeres, con la excepción de Almería, donde reside un alto número de población inmigrante que todavía no se ha incorporado a este programa. Tampoco se alcanza el objetivo en Sevilla, donde la asistencia privada aún atiende a muchas mujeres que declinan la oferta pública. Es esperable que al avanzar en el desarrollo del programa, se recapte a las mujeres que han empezado el seguimiento fuera del mismo, y disminuyan las diferencias que se observan entre unas provincias y otras.



Equidad

Gráfico 1.4



* Datos bienales, a excepción de 2004 (dato anual)

Fuente: Sistema de Información del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama – SSPA

1.5. Recién nacidos con bajo peso. Provincias de Andalucía, 1980-2009.

Los indicadores relacionados con el nacimiento en Andalucía han experimentado una profunda transformación en todos estos años. Por ejemplo, la positiva reducción de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal; el aumento de la edad media de la madre primípara; o el incremento de los nacimientos múltiples en buena medida ligado al desarrollo de las técnicas de reproducción asistida, técnicas que han permitido desarrollar embarazos antes prácticamente inviábiles mediante tratamientos de infertilidad.

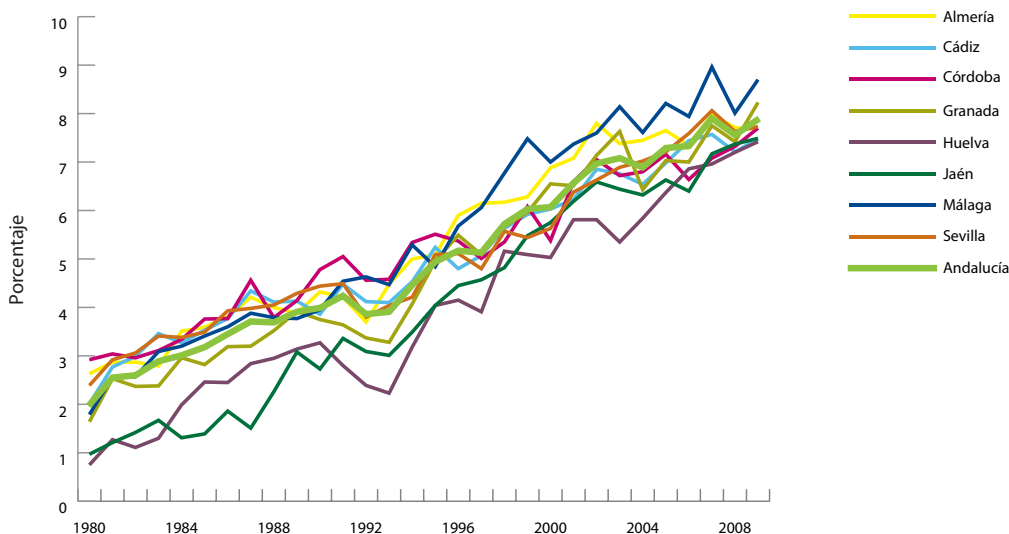
Estas transformaciones se observan tanto en Andalucía como en el conjunto de España. Entre estas, también la reducción del peso medio del recién nacido, o el aumento de la prematuridad.

El porcentaje de **recién nacidos con bajo peso** (menor de 2.500 gr.) en Andalucía como se observa en el Gráfico 1.5 ha seguido una tendencia ascendente desde 1980 a 2009. Así, en el año 1980 Andalucía registraba un 2% de recién nacidos con bajo peso, situándose en el 7,9% en el año 2009.

Málaga (8,7%) y Granada (8,2%) son las provincias que registraban en 2009 mayor bajo peso al nacer, frente a Huelva, Cádiz y Jaén con cifras en torno al 7,4%. En este periodo, junto a un crecimiento observado en todas las provincias, se aprecia también una menor diferencia registrada entre las provincias con mayor y menor registro de bajo peso. Y una convergencia en torno a la media andaluza.

Hay tener en cuenta, asimismo, el efecto que las tecnologías sanitarias está teniendo en el aumento de la supervivencia de fetos que hace unos años eran inviábiles. Lo que, en algunos casos, produce un impacto en algunos indicadores clásicos como es el referido al peso medio al nacer.

Gráfico 1.5



Fuente: Movimiento Natural de Población – INE



1.6. Satisfacción con los horarios de consulta de atención primaria. Andalucía por grupos de edad, 1999-2009.

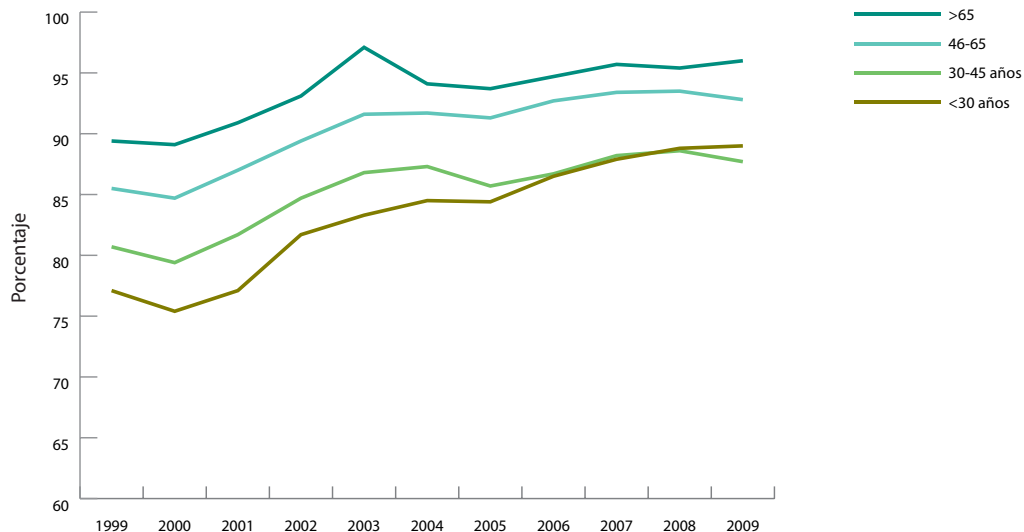
La valoración de la satisfacción según edad, en relación con el acceso a las consultas, ofrece una perspectiva complementaria relacionada con la equidad en el acceso a los servicios. En este sentido, el Gráfico 1.6 muestra la **satisfacción de los usuarios con los horarios de las consultas de su Centro de Salud**.

Esta información se obtiene de la encuesta de satisfacción en respuesta a la pregunta: "¿Cómo de adecuado resultan para usted los horarios de atención de este centro?".

La tendencia es de incremento de la satisfacción. En 2009, para todos los grupos de edad, más del 85% se muestran satisfechos o muy satisfechos.

El grupo de edad que manifiesta sentirse más satisfecho es el de mayores de 65 años (96% de satisfacción). En el grupo de 30 a 45 años se registra el porcentaje menor de satisfacción (87,7%). Los mayores crecimientos se han producido en la satisfacción de los usuarios más jóvenes, menores de 30 años. Para atender mejor a este grupo de población, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha trabajado para adecuar los horarios de forma que sean compatibles con los horarios laborales y docentes.

Gráfico 1.6



Fuente: Encuestas de satisfacción a usuarios - SSPA



Equidad

1.7. Satisfacción con los horarios de consultas externas. Andalucía por grupos de edad, 2002-2009.

El Gráfico 1.7 muestra la **satisfacción de los usuarios** con los **horarios** de las **consultas** externas **hospitalarias**.

Esta información se obtiene de la encuesta de satisfacción en respuesta a la pregunta: "¿En qué medida le parecen adecuados o inadecuados los horarios de atención en la consulta del especialista?".

Los porcentajes en 2009 oscilan entre el 76,3% de satisfacción en pacientes por debajo de 30 años y el 89,4% en población de más de 65 años.

La satisfacción con los horarios de consultas hospitalarias es menor en los pacientes más jóvenes aunque puede apreciarse un ligero incremento en todos los grupos de edades. Es necesario seguir mejorando para compatibilizar los horarios de consultas con los horarios laborales.

Gráfico 1.7



Fuente: Encuestas de satisfacción a usuarios – SSPA



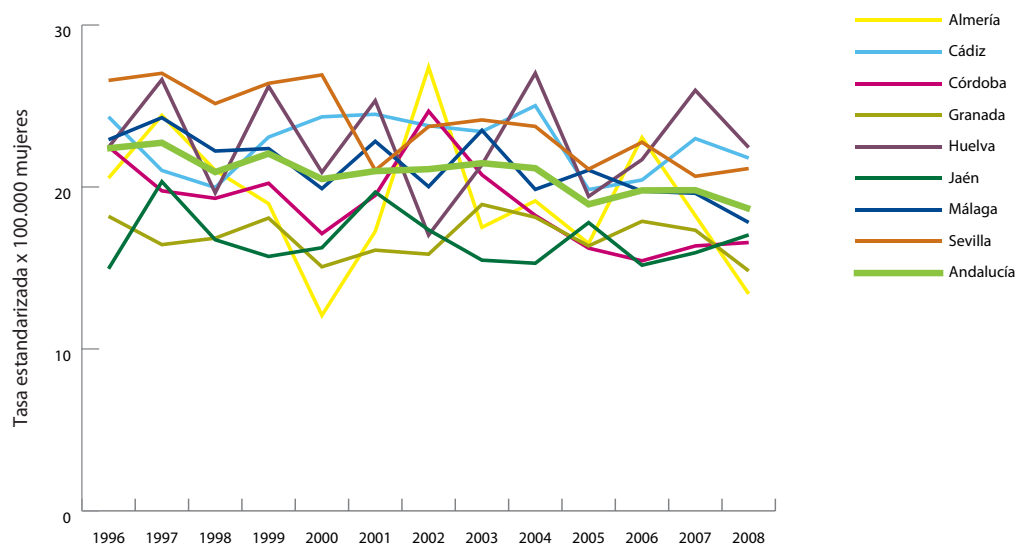
1.8. Mortalidad por cáncer de mama. Provincias de Andalucía, 1996-2008.

Andalucía mantiene durante las últimas décadas una **tasa de mortalidad por cáncer de mama** similar a la de España. Tanto en Andalucía como en el conjunto del Estado ha seguido una ligera tendencia descendente, siendo en 1996 de 22,39 muertes por 100.000 mujeres y en 2008 de 18,66 por 100.000 mujeres (con un 16,6% de reducción en el periodo).

Respecto a la incidencia, en 2008 la tasa bruta de casos incidentes de cáncer de mama en Andalucía fue de 69,74 casos por 100.000 mujeres. Las estimaciones de la incidencia apuntan una estabilización o ligero aumento de la incidencia de cáncer en Andalucía y resto de España relacionado con los programas de cribado.

Las provincias occidentales de Andalucía (Huelva, Cádiz y Sevilla), son las que presentan las tasas más elevadas, por encima de la media, de mortalidad por cáncer de mama. Por el contrario, las tasas más bajas se observan en Almería, Granada, Córdoba y Jaén.

Gráfico 1.8



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III



1.9. Mortalidad por cáncer de pulmón. Provincias de Andalucía según sexo, 1996-2008.

El cáncer de pulmón es la localización tumoral más frecuente de mortalidad por cáncer en hombres. El tabaquismo se asocia al 83-92% del cáncer de pulmón en hombres y 57- 80% en mujeres.

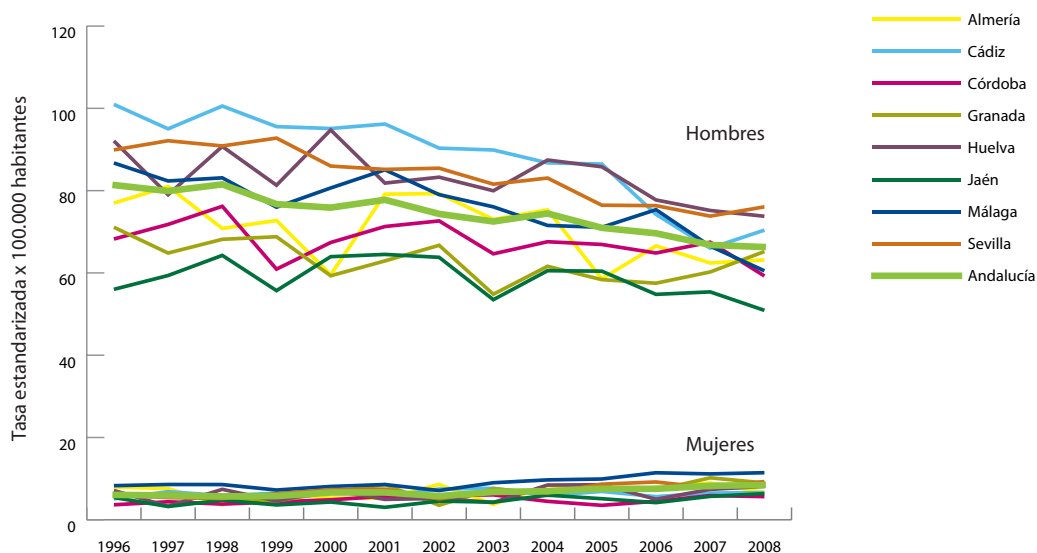
La **mortalidad de cáncer de pulmón** tiene marcadas diferencias entre los **sexos** en España. La razón hombre/mujer en 2008 era de 7,6, frente a 3,5 en la UE27.

En Andalucía y en el conjunto de España, el pico de mayor mortalidad en hombres se alcanzó durante la década de 1990 y desde entonces viene descendiendo en todas las provincias andaluzas y de manera más acusada en la provincia de Cádiz, que era la que presentaba, de manera llamativa, las tasas más elevadas a mediados de la pasada década de los 90.

En mujeres, se está produciendo el fenómeno inverso, con un aumento de la incidencia y la mortalidad durante los últimos años.

Este fenómeno de cambio de patrón de incidencia y mortalidad por sexo viene asociado a un cambio previo del patrón del tabaquismo que ponen de manifiesto las encuestas periódicas de salud realizadas en Andalucía y en el conjunto de España.

Gráfico 1.9



Fuente: Centro Nacional de Epidemiología - Instituto de Salud Carlos III



1.10. Percepción del estado de salud en los últimos doce meses según sexo. Andalucía, 2009.

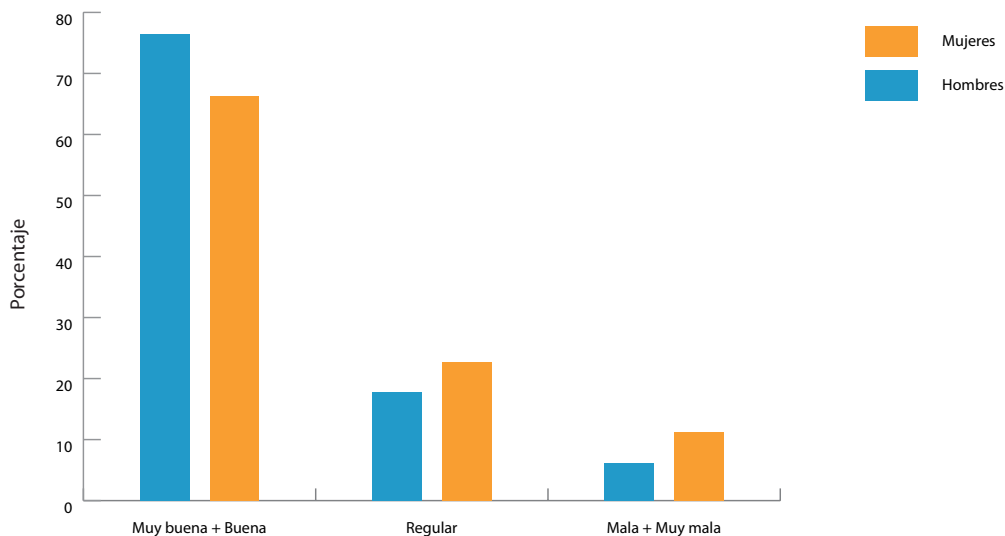
El 71,3% de la población andaluza de 16 y más años **valora su estado de salud** en los últimos 12 meses como bueno o muy bueno. Por sexo, el 76,4% de los hombres declara tener un buen estado de salud, frente al 66,3% de las mujeres.

Hay diez puntos porcentuales de diferencia, en la población total, en la percepción de buena salud que tienen los hombres respecto a la que tienen las mujeres. Esta diferencia es muy escasa en las edades jóvenes, y se va acentuando con la edad, de forma que a mayor edad, mayor diferencia de valoración positiva del estado de salud existe.

En cuanto a la autopercepción de mala salud, el 8,6% de la población total andaluza valora su estado de salud en los últimos doce meses como malo o muy malo, cifra que se eleva al 11,1% en la mujeres frente al 6,0% en los hombres.

La percepción diferencial de evaluar un mejor estado de salud los hombres respecto a las mujeres es una característica común también para España y para la inmensa mayoría de los países. Si la percepción de salud ofrece una aproximación consistente con la situación real de salud, es evidente que analizar las diferencias por género de las variables sanitarias proporciona una aproximación necesaria para garantizar una mayor equidad en salud y en atención sanitaria, especialmente cuando la brecha diferencial se incrementa, como sucede en edades avanzadas de la vida. Una mayor percepción de carga de enfermedad o de peor salud, que por otra parte contrasta con una mayor esperanza de vida registrada en mujeres, frente a la registrada en hombres. Más años de vida en las mujeres, aunque con peor salud percibida.

Gráfico 1.10



Fuente: Encuesta Europea de Salud 2009 – INE



1.11. Equidad en la prestación de servicios sanitarios públicos con independencia del nivel social y ruralidad. Andalucía y España, 2002-2010.

En el Gráfico 1.11 se muestra la **percepción** que tiene la población acerca de si hay diferencias en la **prestación equitativa de servicios sanitarios** en relación con dos cuestiones: el **lugar de residencia**, se resida en una zona rural o en una ciudad; y en relación con el **nivel socioeconómico**, alto o bajo, y se muestra asimismo la evolución de esta percepción en los últimos nueve años.

Con relación al nivel de renta (que el nivel socioeconómico sea alto o bajo), el 70% de los ciudadanos en Andalucía consideran que la sanidad pública presta los mismos servicios sanitarios a los ciudadanos con independencia de que se tenga un nivel socioeconómico alto o bajo, frente a un 21% que consideran lo contrario. Estos datos son similares al del conjunto del Estado. La percepción de equidad por esta variable socioeconómica en Andalucía ha evolucionado positivamente en el periodo 2002-2010, registrando un incremento de más de 11 puntos porcentuales, mejorando respecto a 2002.

Respecto a la equidad de los servicios relacionada con el lugar de residencia -zona rural o ciudad- algo de especial relevancia considerando además la considerable extensión territorial de Andalucía, el 52% de la ciudadanía considera que la sanidad pública presta los mismos servicios sanitarios con independencia de que se resida en una zona rural o en una ciudad, frente a un 33% que consideran lo contrario. A nivel nacional, la opinión sobre la equidad del sistema sanitario refleja unos porcentajes positivos algo menores en comparación con los resultados para Andalucía. Existe una diferencia porcentual en torno a 7 puntos a favor de la situación en Andalucía (en España, el 46% responden que sí se prestan los mismos servicios con independencia del lugar de residencia, y el 40% responde lo contrario). Esta diferencia se ha mantenido en todo el periodo respecto al conjunto del Estado. La percepción de equidad por esta variable de residencia en zona rural o ciudad en Andalucía, ha evolucionado positivamente en el periodo 2002-2010, registrando un incremento de más de 10 puntos porcentuales mejorando respecto a 2002. La accesibilidad a los servicios motivada por la red de centros de atención primaria y especialmente el modelo diferencial andaluz de proximidad de atención especializada con la red de hospitales comarcales y de alta resolución, pueden explicar esta diferencia porcentual a favor de Andalucía por esta variable.



Gráfico 1.11



Fuente: Barómetro Sanitario - Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

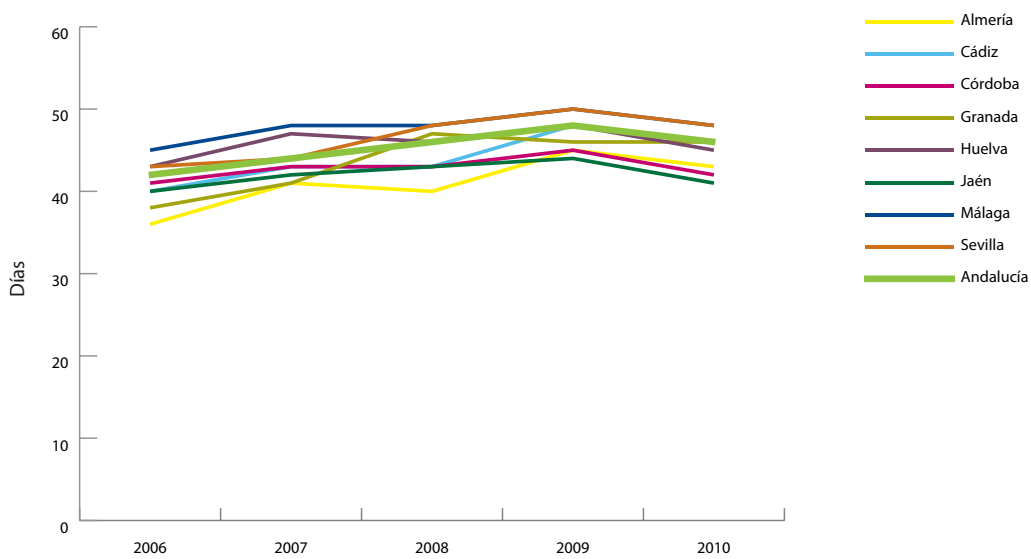
1.12. Tiempo de espera para primera consulta de especialidades. Provincias de Andalucía, 2006-2010.

Andalucía estableció en 2004 la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 96/2004, de 9 de marzo).

Este gráfico muestra el **tiempo medio de espera para primera consulta de especialidades**, en el periodo 2006-2010, **por provincia** y para el total de la Comunidad Autónoma.

Los datos son constantes tanto a lo largo del tiempo, como entre las distintas provincias. Los andaluces, a partir de la entrada en vigor del Decreto, esperan entre 40 y 50 días para su primera consulta al especialista. En 2010 el tiempo medio de espera era de 46 días para el total de Andalucía.

Gráfico 1.12



Fuente: Sistema de Información de Consultas Hospitalarias – SSPA



Equidad

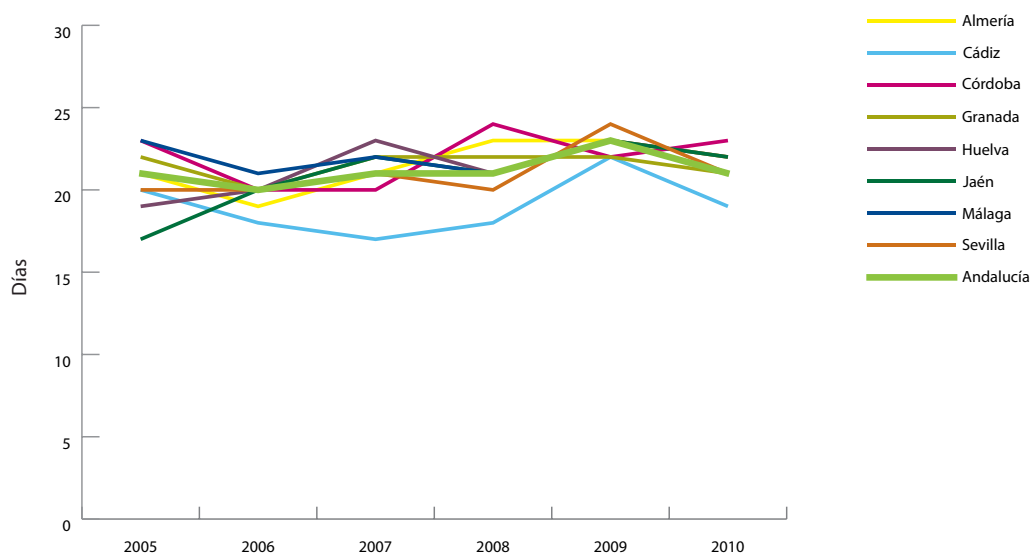
1.13. Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos. Provincias de Andalucía, 2005-2010.

Andalucía estableció en 2004 la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 96/2004, de 9 de marzo).

Este gráfico muestra el **tiempo medio de espera** que presentaban los pacientes que estaban pendientes para alguna de las **pruebas diagnósticas garantizadas**, en el periodo 2005-2010, por **provincia** y para el total de la Comunidad Autónoma.

Los tiempos medios de espera para estos procedimientos se han mantenido desde la entrada en vigor del decreto entre 20 y 25 días, como puede observarse en el gráfico, siendo similar entre provincias y estable a lo largo del tiempo. Para el total de Andalucía en 2010 era de 21 días.

Gráfico 1.13



Fuente: Sistema de Información de Consultas Hospitalarias – SSPA



1.14. Tiempo de espera para intervención quirúrgica. Provincias de Andalucía, 2003-2010.

A finales de 2002 entró en vigor el Decreto 209/2001, del 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica. El decreto de garantías de **tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas** reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido de forma equitativa en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 procedimientos quirúrgicos.

El Gráfico 1.14 representa la demora media de los pacientes que estaban pendientes de alguno de estos procedimientos, al finalizar cada año, en el periodo 2003-2010, **por provincia** y para el total de Andalucía. Como puede observarse, durante este periodo todas las personas han sido intervenidas en plazos menores a los que garantizaba el Decreto. Desde el año 2005 hay una tendencia a la disminución del tiempo medio de espera en Andalucía, estando en el 2010 todas las provincias entre 50 y 60 días. Para el total de Andalucía en 2010 el tiempo medio era de 56 días.

Con el paso del tiempo, las diferencias entre provincias se han ido estrechando, registrándose tiempos similares entre provincias.

Gráfico 1.14



Fuente: Registro de Demanda Quirúrgica – SSPA



Equidad

1.15. Tiempo de espera para Tomografía Axial Computerizada. Provincias de Andalucía, 2005-2010.

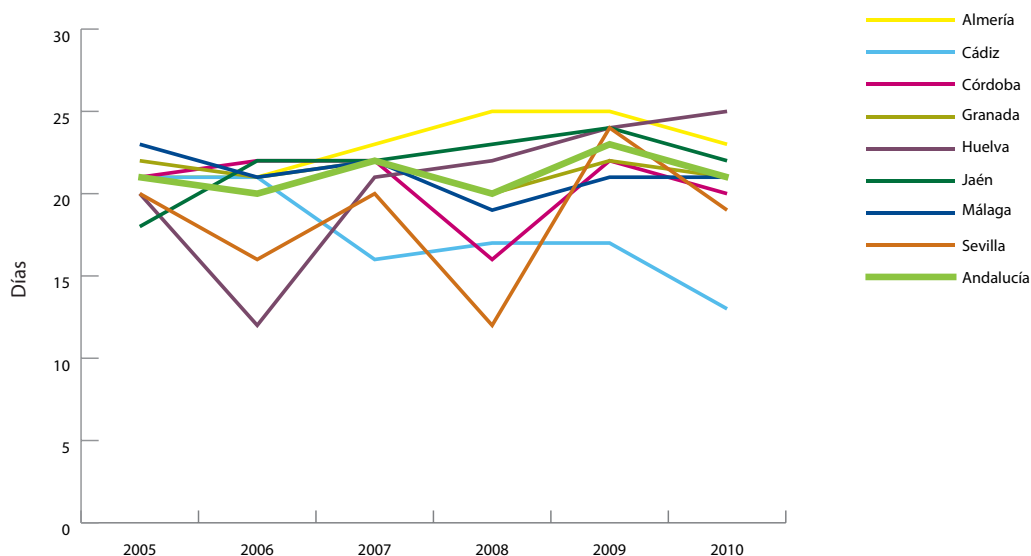
Andalucía estableció en 2004 la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (Decreto 96/2004, de 9 de marzo).

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) es una de las pruebas diagnósticas garantizada en dicho Decreto.

Este gráfico muestra el **tiempo medio** de espera que presentaban los pacientes que estaban pendientes para una **TAC**, en el periodo 2005-2010, por **provincia** y para el total de la Comunidad Autónoma. Se observa que la demora media de los pacientes que están esperando esta prueba oscila entre los 13 y 25 días.

Destaca la provincia de Cádiz, con una clara tendencia a la baja, desde el inicio del periodo. También Sevilla y Córdoba presentan tiempos inferiores a la media, de forma constante desde 2007. Por el contrario, se observan mayores tiempos en Huelva o Almería.

Gráfico 1.15



Fuente: Sistema de Información de Consultas Hospitalarias – SSPA



1.16. Tiempo de espera para cirugía de cataratas. Provincias de Andalucía, 2003-2010.

El procedimiento quirúrgico para el tratamiento de las cataratas, está incluido en el Decreto 209/2001, del 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica.

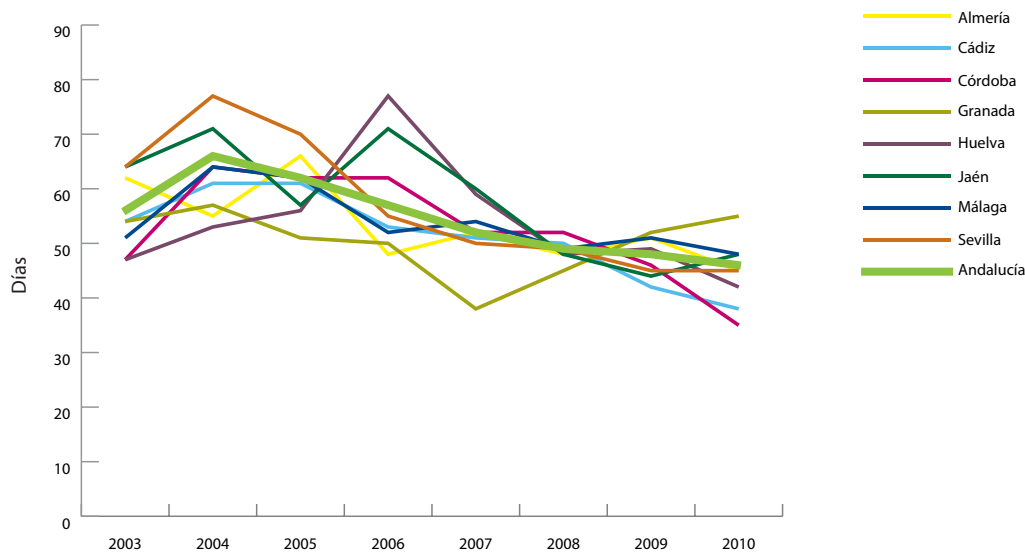
El Decreto de garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 procedimientos quirúrgicos. Posteriormente en diciembre de 2006, se aprobó una Orden que reduce ese tiempo a 120 días para algunos de los procedimientos, entre ellos las intervenciones de cataratas.

Este Gráfico 1.16 representa la **demora media de los pacientes que están pendientes de intervención de cataratas**, al finalizar cada año, en el periodo 2003-2010, **por provincia** y para el total de Andalucía.

Esta intervención tiene resultados excelentes en eficiencia dada la mejora de calidad de vida que supone para el paciente y es la más frecuente de todas las que tienen garantizado un plazo máximo de respuesta. La variabilidad de tiempos de espera de los primeros años ha ido confluyendo hacia un comportamiento más homogéneo en toda la Comunidad Andaluza.

La demora media de los pacientes en Andalucía que están esperando ese procedimiento está en 46 días; esta demora ha ido descendiendo progresivamente desde el año 2003, año en que la demora media era de 56 días.

Gráfico 1.16



Fuente: Registro de Demanda Quirúrgica – SSPA

