

Andalucía



1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

En los últimos 25 años se ha producido un crecimiento sostenido de la población andaluza, pero de una desigual intensidad. El crecimiento absoluto entre las dos fechas padronales, 1975 y 2005, supone un incremento relativo del 28%, que sitúa a la población andaluza en 7.849.799 habitantes con 7.595.143 tarjetas sanitarias.

Ha descendido el número anual de nacimientos en cifras absolutas. Esta tendencia, que se inicia a mediados de los setenta, tuvo su punto más bajo en el siglo pasado a mediados de la década de los noventa. A partir del año 2000 se aprecia una leve recuperación alcanzándose en 2005 un total de 92.288 nacimientos.

Las defunciones anuales tienen, por el contrario, un comportamiento estable. Destacar el fuerte descenso de la tasa de mortalidad infantil, que baja de 21,66 en 1975 hasta llegar al 4,89 en 2005.

El crecimiento natural consecuencia directa del comportamiento de la natalidad y la mortalidad representa una parte cada vez menor del crecimiento demográfico total, por el descenso paulatino de la tasa de natalidad (de 20,07 a 11,94) y del mantenimiento casi invariable de la tasa de mortalidad (de 8,07 a 8,54). Hay que atribuir al comportamiento migratorio, los altibajos en el crecimiento durante este periodo.

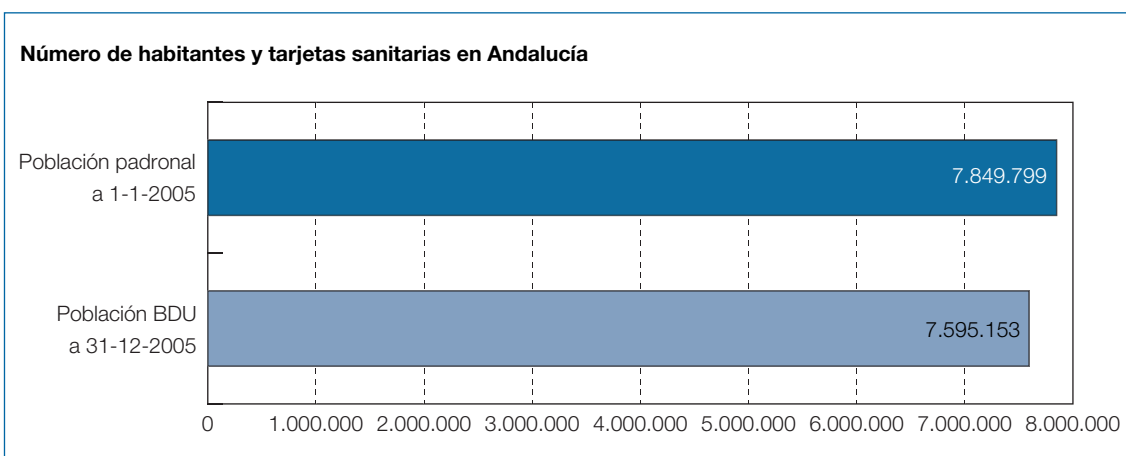
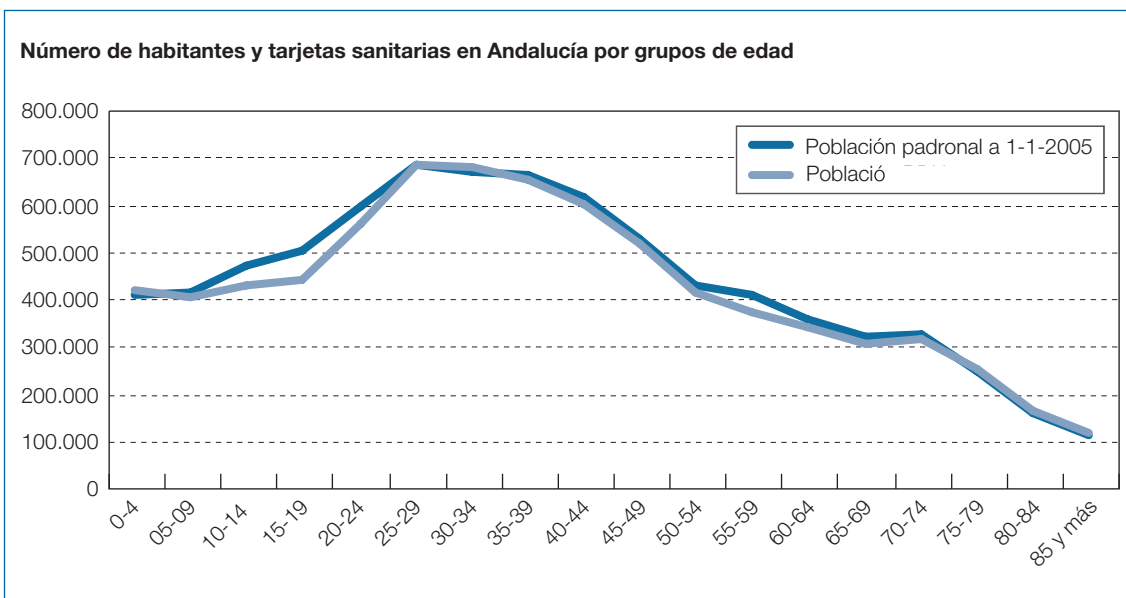
En la composición de la población por edad se acentúa el peso de las personas mayores de 65 años que pasa de representar el 9% en 1975 a un 15% en la actualidad y disminuye el de los jóvenes menores de 15 años del 30 al 16%. Se aprecia un envejecimiento demográfico donde la pirámide de población andaluza actual, presenta la forma característica de las sociedades avanzadas, con una base que se reduce y una cúspide que se ensancha.

En el año 2004, la esperanza de vida al nacer de los hombres (75,24 años) y de las mujeres (82,17 años) aumentan a un ritmo casi en paralelo. La esperanza de vida a los 65 años ha aumentado unos cuatro años para ambos sexos en los últimos treinta años.

En el estudio de la nupcialidad de los andaluces en los últimos 30 años, son dos los factores fundamentales: la progresiva disminución del número de matrimonios (en torno al 24%) y un aumento de la edad a la celebración de éstos, que implica un retraso en su calendario. Se ha producido en este tiempo un incesante incremento en el número de nacidos fuera del matrimonio que pasa del 1,8% en 1975 al 23,43% en 2004.

La fecundidad en Andalucía presenta un fuerte descenso en la intensidad del fenómeno, con disminución del indicador coyuntural de fecundidad (de 3,13 hijos por mujer en 1975 a 1,47 en 2005) hasta el año 2002 donde comienza un leve ascenso. Existe un retraso en su calendario que se manifiesta en un aumento de la edad media a la maternidad (entorno a 28,4 años en los 80 a 30,35 años en el 2004). El grupo de edad donde se alcanza la máxima intensidad cambia de 25 a 29 años al de 30 a 34 años.

En relación al fenómeno migratorio, se produce una disminución drástica de la emigración fuera de Andalucía y un incremento importante de la inmigración tanto en la forma de retorno de andaluces como de llegadas de extranjeros. Según datos padronales el número de extranjeros en Andalucía en 1996 se aproximaba a los 90.000 y en el 2005 esta cifra supera ya los 420.000 extranjeros.



2. Desarrollo normativo e institucional

Durante el año 2005 ha continuado el desarrollo normativo en nuestra Comunidad de distintos aspectos relativos a Salud.

En la tabla 2 se ha recogido de manera pormenorizada toda esta actividad. No obstante, cabría destacar los siguientes desarrollos:

a) Acuerdos y Convenios:

- Convenio de Colaboración suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo de actua-

ciones conjuntas en materia de atención a inmigrantes, refugiados, solicitantes de asilo y desplazados

b) Garantía de Derechos de los Usuarios:

- Garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y sobre el funcionamiento de los registros de procesos asistenciales, de demanda de primeras consultas de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Creación del fichero automatizado de datos de carácter personal de los registros de demanda de procesos asistenciales, de demanda de primeras consultas de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Regulación del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo.
- Creación del Consejo Andaluz de Personas de Menores de Edad.

c) Cartera de Servicios:

- Establecimiento para el año 2006 de la población con derecho a la prestación asistencial dental
- Actualización del catálogo general de productos de la prestación ortoprotésica en Andalucía.
- Regulación del diagnóstico genético preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Creación de la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.

d) En asunción de competencias de gestión sanitaria derivada del proceso de transferencias:

- Asignación al Servicio Andaluz de Salud de los medios personales adscritos al Hospital Militar «Vigil de Quiñones» de Sevilla, tras pasados por la Administración del Estado a la Comunidad de Andalucía,

e) Otras formas de gestión:

- Establecimiento y adscripción de la gestión del Centro Hospitalario de Alta Resolución de el Toyo a la Empresa Pública Hospital de Poniente.
- Establecimiento y adscripción de la gestión del Centro Hospitalario de Alta Resolución de Sierra de Segura a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.

f) Sistemas de Información:

- Creación del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía.

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Resolución de 19 de enero de 2005, de la Secretaría General Técnica, por la que se da publicidad al Protocolo Adicional al Convenio de Colaboración suscrito entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de Andalucía, para el desarrollo de actuaciones conjuntas en materia de atención a inmigrantes, refugiados, solicitantes de asilo y desplazados.	BOE núm. 39, 15/02/05	CONVENIO	
Orden de 18 de marzo de 2005, por la que se establecen normas para la aplicación de la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y sobre el funcionamiento de los registros de procesos asistenciales, de demanda de primeras consultas de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	BOJA núm. 60, 29/03/05	DERECHOS	
Orden de 18 de marzo de 2005, por la que se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal de los registros de demanda de procesos asistenciales, de demanda de primeras consultas de asistencia especializada y de demanda de procedimientos diagnósticos del Sistema Sanitario Público de Andalucía.	BOJA núm. 60, 29/03/05	DERECHOS	
Decreto 246/05, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo, y se crea el Consejo Andaluz de Personas de Menores de Edad.	BOJA núm. 244 de 16/12/05	DERECHOS	

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Resolución de 30 de noviembre de 2005 de la Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructuras por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio de Consultas Sanitarias de la Consejería.	BOJA núm. 243 de 15/12/05	DERECHOS	
Resolución de 2 de diciembre de 2005 de la Dirección General de Financiación, Planificación e Infraestructuras por la que se aprueba la Carta de Servicios del Servicio de Planificación Sanitaria de la Consejería.	BOJA núm. 243 de 15/12/05	DERECHOS	
Orden de 21 de diciembre de 2005 por la que se aprueba la Carta de Servicios del Departamento de Documentación y Biblioteca del Servicio de Administración General de la Consejería de Salud.	BOJA núm. 5 de 10/01/06	DERECHOS	
Orden de 13 de diciembre de 2005, por la que se establece para el año 2006 la población con derecho a la prestación asistencial dental que regula el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, y se fijan las tarifas aplicables a la contratación de los servicios.	BOJA núm. 250 de 27/12/05	CARTERA DE SERVICIOS	
Orden de 7 de Diciembre de 2005, por la que se actualiza el catálogo general de productos de la prestación ortoprotésica en Andalucía.	BOJA núm. 248 de 22/12/05	CARTERA DE SERVICIOS	
Decreto 156/2005, de 28 de junio por el que se regula el diagnóstico genético preimplantatorio en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y se crea la Comisión Andaluza de Genética y Reproducción.	BOJA núm. 135 de 13/07/05	CARTERA DE SERVICIOS	

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 22/2005, de 1 de febrero, por el que se asignan al Servicio Andaluz de Salud los médicos personales adscritos al Hospital Militar Vigi de Quiñones de Sevilla, tras pasados por la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía, por el Real Decreto 2399/2004, de 30 de diciembre.	BOJA núm. 33, 16/02/05	TRANSFERENCIAS	
Resolución de 31 de enero de 2005, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, por la que se modifica la programación temporal del proceso de puesta en funcionamiento del Registro de Implantes Quirúrgicos.	BOJA núm. 35, 18/02/05	CENTROS SANITARIOS	
Orden de 10 de febrero de 2005, por la que se nombran a los Vocales y al Secretario del Consejo Andaluz de Formación Continuada.	BOJA núm. 35, 18/02/05	CONSEJOS ASESORES	
Decreto 232/2005 de 25 de octubre por el que se crea el Comité Ejecutivo para el control, evaluación y seguimiento de la Gripe Aviar y se regula su composición y funciones.	BOJA núm. 222 de 14/11/05	CONSEJOS ASESORES	
Orden de 7 de febrero de 2005, por la que se establece el Centro Hospitalario de Alta Resolución de el Toyo y se le adscribe su gestión a la Empresa Pública Hospital de Poniente.	BOJA núm. 30, 11/02/05	OTRAS FORMAS DE GESTIÓN	
Orden de 7 de febrero de 2005, por la que se establece el Centro Hospitalario de Alta Resolución de Sierra de Segura y se le adscribe su gestión a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir.	BOJA núm. 30, 11/02/05	OTRAS FORMAS DE GESTIÓN	
Decreto 224/2005, de 18 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Junta de Andalucía.	BOJA núm. 217 de 07/11/05	ORD. PROFESIONAL	

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden de 27 de septiembre de 2005 por la que se crea el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía.	BOJA núm. 200 de 13/10/05	SISTEMAS INFORMACIÓN	
Acuerdo de 21 de junio de 2005, del Consejo del Gobierno por el que se determinan servicios y actividades de carácter sanitarios susceptibles de ser retribuidos mediante precios públicos.	BOJA núm. 130 de 06/07/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Orden de 4 de mayo de 2005, por la que se revisan los precios públicos que regirán la prestación de servicios por los Centros de Transfusión.	BOJA núm. 96 de 19/05/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Decreto 272/2005, de 7 de diciembre por el que se modifica parcialmente la relación de puestos de trabajo de la Administración General de la Junta de Andalucía correspondiente a la Consejería de Salud.	BOJA núm. 253 de 30/12/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Decreto 257/2005 de 29 de noviembre de Asistencia Jurídica al Servicio Andaluz de Salud.	BOJA núm. 247 de 21/12/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Orden de 4 de mayo de 2005 por la que se revisan los precios públicos de los Servicios Sanitarios prestados a pacientes no beneficiarios del Servicio Andaluz de Salud en Centros Sanitarios dependientes del mismo.	BOJA núm. 96 de 19/05/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Orden de 23 de febrero 2005, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios.	BOJA núm. 18, 27/01/05	ORDENACIÓN BÁSICA	

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto 20/2005, de 25 de enero, por el que se desconcentran las competencias sancionadoras y se regulan determinados aspectos del procedimiento sancionador en materia de salud.	BOJA núm.28, 09/02/05	ORDENACIÓN BÁSICA	
Orden de 17 de enero de 2005, por la que se regulan y supervisan los ficheros automatizados que contienen datos de carácter personal gestionados por la Consejería de Salud.	BOJA núm. 29, 10/02/05	SISTEMAS INFORMACIÓN	
Resolución de 29 de diciembre de 2005 de la Dirección General de Salud Pública y Participación mediante la que se hacen pública las subvenciones concedidas al amparo de la Orden que se cita, para proyectos y participación en Salud.	BOJA 32 de 16/02/06	SUBVENCIONES	
Orden de 15 de junio de 2005 por la que se establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones de promoción de la Salud y su convocatorias.	BOJA 123 de 27/06/05	SUBVENCIONES	
Orden de 14 de junio de 2005 por la que se establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para proyectos de participación en Salud y se convocan las correspondientes para el año 2005.	BOJA 125 de 29/06/05	SUBVENCIONES	
Resolución de 19 de diciembre de 2005 de la Dirección General de Salud Pública y Participación mediante la que se hacen públicas las subvenciones concedidas al amparo de la Orden que se cita en materias de programas de Atención Temprana a Menores con Trastornos en el Desarrollo o con riesgo de padecerlas.	BOJA 6 de 11/01/06	SUBVENCIONES	

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005 (continuación)

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Orden de 2 de junio de 2005, por las que se establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones para programas de Atención Temprana a Menores con trastornos del Desarrollo o con riesgos de padecerlos y se convocan las correspondientes para el año 2005.	BOJA 112 de 10/06/05	SUBVENCIONES	
Orden de 2 de junio de 2005, por las que se establece las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002 de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas y se convocan las correspondientes para el año 2005.	BOJA 112 de 10/06/05	SUBVENCIONES	
Resolución de 13 de diciembre de 2005 de la Dirección General de Salud Pública y Participación mediante la que se hacen públicas las subvenciones concedidas al amparo de la Orden que se cita en aplicación de Medidas de Plan Andaluz de Alzheimer previstas en el Decreto 137/2002 de 30 de abril, de Apoyo a las Familias Andaluzas.	BOJA 6 de 11/01/06	SUBVENCIONES	

3. Planificación y Programas Sanitarios

Durante el año 2005, y en el marco estratégico definido por el III Plan Andaluz de Salud y el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público, se han puesto en marcha los planes integrales de Tabaquismo (2005-2010) y de Atención a las Cardiopatías (2005-2009), que se vienen a sumar a los tres ya en desarrollo sobre Oncología (2002-2006), Diabetes (2003-2007) y Salud Mental (2003-2007) (ver tabla 3).

Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía 2005-2010

Instrumento estratégico con el que desde la sanidad pública se quieren aunar esfuerzos para hacer frente al problema de salud pública de mayor magnitud en nuestra comunidad: la epidemia de tabaquismo, causante en Andalucía del 14,6% del total de las muertes y de más de 25 tipos de enfermedades.

El Plan se ha concebido como una herramienta que permita, desde una estrategia global e intersectorial, el mejor afrontamiento del problema multidimensional, incidiendo en: integrar las intervenciones más adecuadas en orden a la prevención, asegurar una asistencia de calidad basada en la mejor evidencia científica disponible, definir y desarrollar acciones sobre grupos modélicos y colectivos en situaciones desfavorecidas o de especial vulnerabilidad, impulsar la colaboración intersectorial y la participación de todas las asociaciones que realizan una labor activa; y poner en marcha la formación e investigación necesarias, garantizando la evaluación, el seguimiento y la comunicación de todas sus estrategias.

Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009

Elaborado con la participación activa de los profesionales de distintas disciplinas relacionadas y el asesoramiento y aportaciones de las sociedades científicas, este Plan establece un marco instrumental de atención a las cardiopatías que tiene en cuenta las distintas fases de la enfermedad o parcelas de atención (prevención primaria y secundaria, detección precoz, tratamiento y rehabilitación), en cada una de las cuales se identifican y articulan las intervenciones más adecuadas en los ámbitos asistencial, investigador y formativo

La población andaluza presenta tasas elevadas de prevalencia y mortalidad por enfermedades cardíacas; probablemente consecuencia de factores de riesgo cardiovascular elevados: hipertensión arterial, dislipemias, diabetes, obesidad, tabaquismo y sedentarismo. En este sentido, cobran una especial relevancia la prevención y la intervención en los estilos de vida, fomentando hábitos saludables relacionados con una correcta alimentación, la práctica de ejercicio físico y la deshabituación tabáquica.

Asimismo, diversos **procesos asistenciales integrados** se han continuado desarrollando e implantando en toda la geografía asistencial andaluza, superando el número de cincuenta.

Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud			
III Plan Andaluz de Salud	Sí	2003/2008	Con priorización de Objetivos y líneas estratégicas (provincializados) y con actuaciones específicas adaptadas a los problemas identificados en el ámbito local.
II Plan de Calidad	Sí	2005/2008	Es un modelo estratégico de calidad que entiende ésta como una apuesta irrenunciable y firme de un sistema sanitario público orientado al ciudadano. A sus necesidades, demandas, expectativas y la satisfacción de las mismas.
Infección por VIH/SIDA. Plan de Movilización Multisectorial 2001/2005	Sí	2001/2005	Su objetivo fundamental es asegurar la sostenibilidad de la acciones emprendidas y dar respuestas a las nuevas necesidades derivadas de la evolución de la epidemia. Para ello se establece una estrategia multisectorial y transversal, en el que participan las diferentes Administraciones, ONGs y Asociaciones Ciudadanas.
Planes Integrales:			Permiten afrontar con eficacia los problemas de Salud de mayor prevalencia y considerados prioritarios en nuestra comunidad Autónoma.
Plan Integral del Tabaquismo	Sí	2005/2010	
Plan Integral de Oncología	Sí	2002/2006	
Plan Integral de Diabetes	Sí	2003/2007	
Plan Integral de Salud Mental	Sí	2003/2007	
Plan Integral de Atención a las Cardiopatías	Sí	2005/2009	
Cáncer de mama			
Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1995	Plan Integral de Oncología 2002-2006. Proceso asistencial Integrado de Cáncer de Mama.
Apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento			
Cáncer de cervix			
Programa de cribado poblacional	Sí	Desde 1985	Plan Integral de Oncología 2002-2006. Proceso asistencial Integrado de Cáncer de Cérvix.

Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005 (continuación)

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
Enfermedades cardiovasculares	Sí	2004/2008; 2005/2009	Procesos asistenciales integrados de: Dolor Torácico, Angina Estable, Angina inestable e IAMi., IAM con elevación de ST, Síndrome Aórtico Agudo, Tromboembolismo Pulmonar. Arritmias, Riesgo Vascular, Insuficiencias Cardíacas.
Salud mental	Sí	2003/2007	Procesos asistenciales integrados de: Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. Demencias. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Trastornos Mental Graves.
Violencia de género	Sí	2005	Procedimiento de coordinación institucional para la prevención y atención a las víctimas de la violencia de género en Andalucía. Protocolo de coordinación entre las Administraciones Públicas para la gestión de la Orden de Protección a las víctimas de la violencia de género en Andalucía.
Actividad Física y Alimentación Equilibrada	Sí	2004	Es un plan específico de promoción de la salud que está dirigido a mejorar los hábitos de alimentación en la población, incrementar la actividad física y prevenir el sobrepeso y la obesidad.
Programa de Salud materno Infantil	Sí	1985/2005	Detección de la Hipoacusia, Promoción de la Lactancia Materna, Detección de Metabolopatías.
Programas de promoción de la Salud en el Ámbito Educativo	Sí	Desde el curso escolar 2001/2002	Implantación progresiva en todos los centros educativos Públicos de Andalucía. El programa de Forma Joven, se desarrolla además, en Universidades, Asociaciones, Corporaciones Locales...

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

Al mismo tiempo se han desarrollado los **planes provinciales de salud**, en sus objetivos estratégicos y metas, en un proceso de provincialización del III Plan Andaluz de Salud, que está permitiendo una adaptación directa y práctica a la situación específica de cada una de las 8 provincias andaluzas. Ya en el año 2006 se dispondrá de una primera evaluación con la evolución de los indicadores sobre los problemas de salud priorizados en los mismos.

En este proceso de provincialización de los planes de salud, una de las tareas que precisan más empeño es la de conseguir el compromiso intersectorial para abordar desde todos los sectores implicados, unificando esfuerzos y recursos, las acciones dirigidas a enfrentar los problemas de salud seleccionados en cada provincia. Otra tarea esencial es el desarrollo de sistemas de información que permitan la municipalización de indicadores y que soporten su desarrollo.

4. Farmacia

El gasto farmacéutico en Andalucía a través de recetas —incluidos los medicamentos financiados por la Junta de Andalucía—, ha supuesto en 2005 un aumento del 2,71% en relación con el año anterior. En este año Andalucía ha sido la comunidad autónoma española con un menor incremento del gasto en medicamentos y, por primera vez, además, se sitúa por debajo del crecimiento del IPC. El incremento medio nacional ha sido del 5,65%, lo que significa que en nuestra comunidad el crecimiento del gasto ha sido casi tres puntos menos.

El comportamiento mantenido en 2005 confirma el papel activo que está desarrollando la comunidad andaluza, desde hace ya 14 años, en la contención del incesante crecimiento del gasto farmacéutico en España. En este periodo (1992-2005), el aumento del gasto en Andalucía ha sido del 143,61% frente al 196,6% nacional. Si la factura andaluza hubiese crecido en ese período como la media nacional se hubiesen gastado 366 millones de euros más.

Respecto al consumo farmacéutico en los hospitales andaluces, en 2005 éste ha sido de 402 millones de euros, con un incremento del 9,09% respecto a 2004. De esta cifra 129 millones corresponden al consumo de pacientes ingresados y 273 al consumo de pacientes denominados «no ingresados».

Tanto el consumo de pacientes ingresados, que ha descendido el 0,75%, como el consumo de pacientes no ingresados, que ha crecido el 14,75% (en 2004 fue del 18,46%), mantienen la misma línea de contención del gasto de años anteriores, gracias a las mejoras incorporadas en la gestión de compras y a las medidas de racionalización en la utilización de medicamentos que vienen realizando los hospitales, pese a la continua incorporación de nuevos medicamentos de precio muy elevado.

Estos resultados positivos de la política farmacéutica de Andalucía son consecuencia, fundamentalmente, del esfuerzo realizado por los profesionales, tanto médicos como farmacéuticos, y de su implicación en las estrategias de uso racional del medicamento impulsadas por la administración andaluza.

Entre las principales líneas de trabajo desarrolladas en los últimos años destacan la consolidación de la prescripción por principio activo, el establecimiento del visado de recetas para determinados medicamentos, la implantación de la receta electrónica, la difusión de Guías Farmacológicas a los profesionales y la implantación de concursos de determinación de tipo y precio para la adquisición de medicamentos por los Centros.

Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005

	Datos 2005		Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	137.579.913	
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	19,74%	
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	1.663.169.892	
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	11,30%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el n.º de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	En el total de recetas dispensadas	A02BC:Inhibidores de la bomba de protones. N05BA: Derivados de la benzodiazepina. N02BE: Anilidas	
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC:Inhibidores de la bomba de protones. C09AA:Inhibidores de la ECA, Monofármacos. M01AE: Derivados del Ácido Propiónico	

La prescripción por principio activo se ha convertido ya en una práctica habitual en nuestra Comunidad Autónoma. Si en septiembre de 2001, año en el que comenzó a impulsarse esta iniciativa, las recetas por principio activo tan solo representaban el 0,35%, en abril de 2006 éstas superan el 65% *del total de las recetas prescritas*.

Esta medida, desde septiembre de 2001 hasta abril de 2006, ha supuesto un ahorro económico para el Servicio Andaluz de Salud (SAS) de *117 millones de euros*, que ha sido posible gracias al Acuerdo entre el SAS y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos por el que se fijan precios máximos de financiación para este tipo de prescripción. Esta forma de prescripción también favorece la mejor utilización de los medicamentos ya que contribuye a disminuir la presión promocional de la industria farmacéutica, que es uno de los factores que, según todos los expertos, más negativamente incide en la utilización de los fármacos.

Una de las principales apuestas de Andalucía en materia farmacéutica, en estos momentos, es la progresiva implantación de un innovador sistema de receta electrónica (Receta XXI), que ofrece ventajas importantes frente al modelo tradicional de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública. Tras concluir con éxito su pilotaje en 2003 y principios de 2004 en distintos centros de Andalucía, ya está disponible para 1.730.193 usuarios andaluces y lo están utilizando 1.199 médicos de 141 centros de salud y 930 oficinas de farmacia.

También se ha dotado a los profesionales de los hospitales de una guía farmacoterapéutica de referencia, de gran ayuda a la hora de elegir el fármaco más adecuado y eficiente para cada paciente. En este sentido, la Historia de Salud Digital (DIRAYA), compartida entre atención primaria y especializada, incorpora en su módulo de prescripción muchas de las recomendaciones de la Guía Terapéutica en Atención Primaria de «prescripción basada en la evidencia», editada por SEMFYC, que permite una selección adecuada de medicamentos en las prescripciones que efectúan los facultativos del sistema sanitario andaluz.

Otra de las iniciativas andaluzas ha sido la publicación de Concursos Centralizados de Determinación de Tipo y Precio de Medicamentos, que están consiguiendo una mayor eficiencia en la compra de medicamentos y facilitan los procedimientos para su adquisición a los Hospitales y Distritos de Atención Primaria.

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

Incentivos

El Complemento al Rendimiento Profesional (CRP) es un complemento de productividad variable que se puso en marcha en el año 2003 fruto del Acuerdo de 21 de noviembre de 2002, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre Políticas de Personal para el periodo 2002-2005, que prima el desempeño de los profesionales del SAS en la realización de su labor profesional, recompensando el rendimiento, la calidad y el cumplimiento

de los objetivos pactados. Estos van destinados en un 90% a la consecución de objetivos de las unidades o equipos de trabajo, y en un 10% al desempeño profesional individualizado.

En el año 2005, para la valoración de los objetivos compartidos por los equipos de trabajo se crearon un total de 3.891 Unidades. La media de consecución de objetivos para estas Unidades fue de 83,3%, con un rango comprendido entre el 0% (5 Unidades) y el 100% (651 Unidades). El número de profesionales evaluados ha sido de 83.502. La cuantía total abonada por CRP ha ascendido a 94.523.476,00 euros.

Las retribuciones medias percibidas por los profesionales se encuentran aproximadamente en la media de lo que se define en las tablas retributivas para cada categoría (por ejemplo, 2.979,69 € para el facultativo especialista de área; 1.327,43 € para la enfermera, 357,41 € para la auxiliar de enfermería o 305,65 € para el celador). La media de la evaluación del desempeño profesional ha sido de 7,6 sobre 10.

Junto a las retribuciones, el aspecto clave del modelo radica en el plan de desarrollo individual que se elabora fruto de la evaluación del desempeño profesional, donde cada responsable de Unidad fija de manera negociada con cada uno de los profesionales unas líneas de mejora, que se han de plasmar en acciones formativas y de otra índole con el fin último de mejorar la calidad de los servicios que se prestan.

En el último trimestre de 2005 se presentó en la Mesa Sectorial de Sanidad una propuesta de negociación del CRP, y en los nuevos acuerdos adoptados en mayo de 2006 se ha consensuado un incremento del 90% por término medio de los importes destinados a CRP para las distintas categorías.

Jornada

A lo largo del año 2005 se ha venido trabajando en el Servicio Andaluz de Salud en el diseño de una propuesta de reordenación de la atención urgente tanto en el ámbito de la Atención Primaria (AP), como en el de la Atención Especializada (AE) con el objetivo último de adecuar la jornada laboral que realizan los trabajadores a la jornada máxima y al régimen de descansos que recoge la Ley 55/2003 como transposición a nuestro ámbito jurídico de la Directiva Europea 93/103/CE.

En el último trimestre del año se ha comenzado la negociación de dicha propuesta en el seno de la Mesa Sectorial de Sanidad, acabando con un acuerdo firmado por todas las organizaciones sindicales presentes en dicha mesa (CC.OO., CEMSATSE, CSI*CSIF y UGT), en el mes de mayo de 2006. El acuerdo establece lo siguiente:

Reordenación de la Atención Urgente en Atención Primaria

La atención urgente en el ámbito de la AP será cubierta por personal de EBAP junto a personal en plaza diferenciada de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) en puntos fijos y en equipos móviles. Los equipos móviles darán un servicio de 24 horas. En los puntos fijos, el horario de atención urgente comenzará, en unos puntos a partir de las 15:00 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente y en otros desde las 20:00 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente.

Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Número de Profesionales en Atención Primaria						
Medicina familiar y comunitaria	3.135	2.074	97	3.843	1.269	
Pediatría	391	629	32	762	226	
Enfermería	1.515	3.425	999	3.214	731	
Farmacia	113	247	28	263	69	
Psicología Clínica						
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	669	2.048	216	1.927	574	
Otros profesionales no sanitarios	2.635	3.139	143	4.689	942	
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria	100%					
Número de Profesionales en Atención Especializada						
Medicina	6.390	2.656	32	4.921	4.093	
Enfermería	3.867	12.111	1.081	11.418	3.479	
Auxiliar de enfermería	702	11.341	160	7.645	4.238	
Farmacia						
Otro personal sanitario	716	3.087	149	2.757	897	
Personal no sanitario vinculado	7.300	10.197	201	11.543	5.753	

Los profesionales de EBAP atenderán las urgencias en los equipos que inician su atención a las 15:00 horas, desde las 15:00 horas hasta las 20:00 horas, de lunes a jueves. También podrán realizar jornada complementaria los viernes y vísperas de festivos, desde las 15:00 ó 20:00 horas a las 08:00 horas del día siguiente. Además, podrán realizar jornada complementaria, los sábados desde las 08:00 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente. Con esta programación estamos adecuando la actividad de los profesionales de EBAP al descanso mínimo de 12 horas ininterrumpidas entre jornadas.

Los profesionales EBAP con nombramientos a tiempo parcial y los profesionales de los DCCU, realizarán preferentemente la cobertura de los puntos fijos de urgencia, de 20:00 a 08:00 horas del día siguiente, de lunes a jueves, así como los domingos y festivos 24 horas.

La atención por equipos móviles podrá ser cubierta por personal DCCU; y también por el personal de los EBAP que voluntariamente lo manifiesten en los horarios que sean compatibles con el régimen de jornada y descansos previstos en la Ley 55/2003. Para facilitar su realización, el SAS ofertará la formación pertinente.

Reordenación de la Atención Urgente en Atención Especializada

Todos los profesionales que en la actualidad vengan realizando guardias médicas, o hayan realizado o solicitado la realización de Actividad Adicional Alternativa (actividad retribuida en horario de tarde para aquellos profesionales exentos de hacer guardias médicas que voluntariamente lo solicitara) deberán prolongar la jornada desde las 15:00 horas, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes. Dicha prolongación será de una o dos tardes a la semana en días laborables según las necesidades de la especialidad en cada centro, a propuesta de la Dirección del Centro, oída la Junta Facultativa o Comisión de Participación, percibiendo unas cuantías previstas a través de un nuevo concepto retributivo denominado Complemento de Continuidad Asistencial.

La Dirección de cada centro, a propuesta justificada del Jefe de Servicio o Unidad, con informe favorable de la Junta Facultativa o Comisión de Participación correspondiente, podrá proponer que otras especialidades o unidades que no realizan guardia médica, pueda prolongar igualmente su jornada hasta las 20:00 horas de lunes a viernes.

En función del tamaño del centro, la demanda asistencial y la cartera de servicios, de acuerdo a las orientaciones de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, oída la Junta Facultativa, se planificará el número de profesionales y las correspondientes especialidades, necesarios para la cobertura de la atención urgente del área hospitalaria desde las 20:00 horas hasta las 08:00 horas del día siguiente, de lunes a viernes, y durante 24 horas los sábados y domingos y festivos, bien en régimen de presencia física o en régimen de disponibilidad tasada según los criterios que se negocien en Mesa Sectorial de Sanidad.

Además de los Médicos de Familia en plaza diferenciada de Cuidados Críticos y Urgencias, en cada centro hospitalario existirán al menos las siguientes especialidades de presencia física de 20:00 horas a 08:00 horas del día siguiente de lunes a viernes, sábados, domingos y festivos: Medicina Interna, Radiología, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y Digestivo, Anestesia y Reanimación, Cuidados Intensivos y Traumatología y cirugía ortopédica.

La cobertura de dichos horarios en régimen de presencia física se realizará preferentemente con facultativos específicos en plaza diferenciada de la correspondiente es-

pecialidad, en jornada ordinaria, complementaria y especial en su caso. Excepcionalmente esos horarios podrán ser cubiertos por el propio personal de cada servicio o unidad, a través de la jornada complementaria y en su caso especial.

La disponibilidad necesaria del resto de especialidades sin régimen de presencia física en el centro se realizará por los profesionales de las correspondientes unidades o servicios y especialidades que así se hayan determinado, y será retribuida según los precios de hora de jornada complementaria en régimen de localización previsto en este acuerdo.

La jornada máxima anual, sumadas la jornada ordinaria y la complementaria, respetará el límite de 48 horas semanales en cómputo semestral que establece la Ley 55/2003 del Estatuto Marco, salvo que mediante pacto expreso y voluntario los profesionales manifiesten su disposición a la realización de jornada especial con los límites legales que en cada momento existan.

En aquellos Centros, Servicios y Unidades que por su dimensionamiento de plantillas o por las dificultades de selección de profesionales, resulte complejo la total aplicación de lo previsto en los apartados anteriores, podrán establecerse otros turnos de trabajo, siempre con las limitaciones legales en cuanto a jornada y descanso anteriormente citadas.

En el supuesto de que la cobertura de los horarios de atención urgente se realice por profesionales en plazas diferenciadas de la correspondiente especialidad, estos dependerán orgánica y funcionalmente del correspondiente Servicio o Unidad de Especializada, y son a todos los efectos, laborales y retributivos, facultativos especialistas de área, pudiendo participar en los procesos de traslado a unas u otras plazas de su categoría y/o especialidad.

6. Investigación

6.1. Convocatoria de Proyectos de Investigación y Planes de Formación Investigadora

Anualmente se realiza una convocatoria de subvenciones para Proyectos de Investigación y Planes de Formación Investigadora en Ciencias de la Salud, en régimen competitivo, basadas en las principales líneas estratégicas y planes integrales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estas ayudas suponen un estímulo para el investigador del sistema sanitario, y en particular para todos aquellos grupos emergentes, pudiendo de esta forma llevar a cabo proyectos de investigación, que requieran una aportación económica externa al propio centro.

Los proyectos son evaluados por una comisión científico técnica, apoyada por un panel de 140 evaluadores, internos y externos al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Las cantidades concedidas pueden llegar hasta 25.000 €, en el caso de proyectos, y 6.000 € para planes de formación investigadora.

En el año 2005 se presentaron 404 proyectos y 2.306 investigadores a esta convocatoria. Se financiaron 162 proyectos por un valor de 1.944.881,33 €.

Respecto a los Planes de Formación Investigadora, fueron presentados 8 y se financiaron 5 por un valor de 15.000 €.

6.2. Convocatoria de Proyectos de Investigación en Células Madre

Convocatoria extraordinaria para proyectos de investigación, en régimen competitivo, exclusivamente para investigación en células madre. Dotada con un presupuesto total de 600.000 € en 2005, finalmente fueron subvencionados 9 proyectos de los 18 presentados, por un valor de 526.545 €.

6.3. Participación en Convocatorias Externas

- Fondo de Investigaciones sanitarias FIS-ISCIH: Se financiaron 114 proyectos por 4.399.471,65 €
- Plan Andaluz de Investigación. Consejería de Innovación, Ciencia y Empresa de la Junta de Andalucía.
 - 42 proyectos financiados de Grupos PAI: 379.016,65 €
 - 3 proyectos de excelencia: 538.266,48 €

6.4. Programa de Estabilización e Intensificación

Línea de incorporación de Investigadores, consistente en la contratación de forma estable de personal investigador mediante contratos del Instituto de Salud Carlos III.

Línea de Intensificación de la Actividad Investigadora, con objeto de promover el aumento de la actividad investigadora de determinados facultativos que realizan actividad asistencial, contribuyendo así a incrementar el número y la calidad de los investigadores y de los grupos de investigación.

Estabilización: 4 Investigadores: 160.000 € (80.000 FIS)

Intensificación: 6 Investigadores: 180.000 € (FIS)

6.5. Ensayos Clínicos

Andalucía es la tercera Comunidad en número de Ensayos Clínicos activos y el Comité Autonómico de Ensayos Clínicos de Andalucía es el quinto preferido, según los promotores, como comité de referencia en ensayos multicéntricos.

Con objeto de coordinar el seguimiento de todos los ensayos clínicos realizados en Andalucía, se lleva a cabo una evaluación única por el Comité Autonómico, adscrito a la Secretaría General de Calidad y Modernización de la Consejería de Salud.

En diciembre de 2005 se publicó la Resolución de la Secretaría General de Calidad y Modernización adoptando un modelo de contrato único de ensayos clínicos, necesario para agilizar y homogeneizar la tramitación administrativa de los mismos, en cumplimiento con lo preceptuado en el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Así, en el año 2005, están activos 303 ensayos con 605 centros sanitarios implicados; de ellos el 38% son ensayos multicéntricos.

6.6. Premio de Investigación

Convocatoria de Premios anuales de Investigación en Salud, dirigido al personal dependiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Se premian los mejores trabajos originales o publicados, en un periodo concreto, realizados en centros sanitarios públicos.

La dotación es de 6.000 € para el premio y 3.000 € para dos accésit, que se concedieron en 2005 a trabajos relacionados con la acupuntura como terapia complementaria al tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla, valor pronóstico de la sobrecarga oral de glutamina en pacientes con encefalopatía hepática mínima y acerca de las expectativas de los pacientes en 12 procesos asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

6.7. Centros de Excelencia Investigadora

Contamos con una red Centros de Excelencia Investigadora, que ha experimentado un avance importante, principalmente los dedicados a investigación en células madre embrionarias —Centro Andaluz de Investigación en Medicina Regenerativa (CABIMER), Laboratorio de Investigaciones Biomédicas de Sevilla (LIB), y Banco de Líneas Celulares— así como el centro de Aceite de oliva y Salud en Jaén. Esto se ha consolidado con la aportación de importantes recursos económicos y técnicos para proyectos relacionados con estas materias, así como la celebración de encuentros y jornadas de investigación bajo la temática principal de estas ciencias biomédicas.

En concreto, para la constitución del CABIMER la Consejería de Salud presupuestó en 2005 la cantidad de 4.250.000 euros.

Proyectos activos en el año 2005:

- Obtención de islotes pancreáticos a partir de células madre embrionarias
- Aislamiento y diferenciación de células madre embrionarias y adultas para el tratamiento de enfermedades neurodegenerativas
- Generación de células mesenquimales capacitadas in vitro para promoción de la osteogénesis
- Centro de investigación de trasplantes: implantación de líneas celulares
- Banco de líneas celulares de Granada.

6.8. Estrategia de Difusión de Resultados

- Celebración de jornadas y congresos de investigación bajo temáticas puntuales de enfermería, atención primaria, células madre embrionarias y ensayos clínicos.
- Publicación por la Consejería de los trabajos premiados en la edición anual del Premio de Investigación en Salud.
- Con vista a la publicación de la nueva edición del libro «Indicadores Científicos de la Producción Andaluza en Biomedicina y Ciencias de la Salud», actualizado a 2005, se ha llevado a cabo la contratación de un servicio técnico consistente en la explotación de la base de datos del ISI, Web of Science. Este permitirá conocer cuál es la actual producción científica sanitaria en Andalucía y qué lugar ocupa entre las comunidades y países de su entorno, con particular interés en la evolución de la investigación en el entorno del Sistema Sanitario Público.
- Contamos con organismos de transferencia de resultados de la investigación (OTRI) en las fundaciones de investigación vinculadas a centros y establecimientos sanitarios del SSPA.

6.9. Mecanismos para Introducir la Práctica Sanitaria basada en la Evidencia Científica

El modelo impulsado por la Consejería de Salud andaluza se basa en la **Gestión por Procesos Asistenciales Integrados** que constituye una estrategia central del Plan de Calidad.

El nexo entre profesionales y ciudadanos lo constituye el Proceso Asistencial, el cual tiene lugar en diferentes escenarios y con distintos actores. A este nivel, la correcta integración del conocimiento y del soporte organizativo necesario permite evolucionar a nuestras organizaciones hacia formas más flexibles que incorporen la calidad desde una visión multidimensional.

La **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)**, en respuesta a las demandas realizadas por agentes del sistema sanitario público, genera una cuantiosa producción científica y participa en diversos proyectos de investigación, publicando informes con una elevada repercusión, y desarrolla valiosas herramientas relacionadas con la evaluación de tecnologías, como las Guías GANT y GINF, o el marco de evaluación para las pruebas genéticas, que se ponen a disposición de los profesionales del SSPA en esta sección.

Además de proporcionar evidencia científica para la práctica clínica y aportar una metodología de trabajo de demostrada utilidad y validez, la Agencia organiza y participa en actividades dirigidas a la formación y al intercambio de conocimientos y experiencias sobre evaluación de tecnologías, con la finalidad primordial de fomentar la cultura de evaluación en el SSPA.

Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	Sí	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)	Órgano dependiente de la Secretaría Gral. de Calidad y Modernización	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	Sí	Dir. Gral. de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento	Dirección General	
<hr/>				
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	Sí	16		Además de los Comités locales existe un Comité Autonómico
Proyectos de Investigación financiados por FIS	Sí	114		
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	Sí			Estudio en marcha para su catalogación
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	Sí	204		CONVOCATORIAS DEL PLAN ANDALUZ DE INVESTIGACIÓN Y DE LA CONSEJERÍA DE SALUD
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	Sí	225		

7. Sistemas de información sanitaria

Durante 2005, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía se ha trabajado en la extensión de su principal sistema de información corporativo: **Diraya**. El objetivo de este sistema es integrar toda la información sanitaria de cada ciudadano, permitiendo que esté disponible en el lugar y momento en que el usuario necesita atención sanitaria. Diraya ha sido diseñado para mejorar la atención sanitaria en sus diferentes facetas: atención clínica, accesibilidad a servicios y prestaciones y obtención de información para la gestión.

La implantación de Diraya está concebida de forma gradual, tanto en la extensión a nuevos centros como en la incorporación de nuevos servicios. Durante 2005 se ha producido una importante implantación del sistema en el nivel de atención primaria, hasta alcanzar los 329 centros. Se ha pasado de un 24,89 a un 65,85% de población cubierta por el sistema de historia única. También **Receta XXI**, el subsistema de prescripción electrónica, está en una fase muy avanzada en su implantación. Tras la puesta en producción el 3 de octubre de su versión centralizada, v.4, además de otros centros, el 22 de noviembre queda completada la ciudad de Almería y el 29 de ese mismo mes la de Córdoba. Así, el año finaliza con Receta XXI funcionando en 54 centros y cubriendo al 11% de la población andaluza, por lo que puede afirmarse que es el primer sistema de prescripción electrónica que funciona en Europa.

En 2005 se ha producido un hito importante relacionado con la mejora en la accesibilidad a las prestaciones: el 21 de marzo se puso en marcha el **sistema de citación centralizado de Diraya**. Este sistema, que ha implicado la entrada en producción de varios módulos, permite la solicitud y citación de consultas de atención primaria, de especialistas y de pruebas diagnósticas desde cualquier centro sanitario público. Su entrada en funcionamiento permitió por primera vez algo que sigue en la agenda de la mayor parte de los servicios de salud: los usuarios pueden obtener sus citas con especialistas o para las pruebas diagnósticas desde la propia consulta del médico de primaria y en el mismo momento de la indicación. El sistema de cita se utilizó muy pronto de forma intensiva, (hasta llegar a la asignación de 3,5 millones de citas mensuales en Atención Primaria y de más de 400.000 en Especializada), siendo un factor fundamental para garantizar el cumplimiento de los plazos de respuesta en consultas y pruebas diagnósticas establecidos en el *Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Además permite la obtención de la cita para las revisiones desde la consulta del especialista o de la cita para el médico de atención primaria a través de un número de teléfono único atendido por centros de atención telefónica que funcionan 24 x 7 todos los días del año. Este servicio de atención telefónica se conoce como **Salud Responde**. Al finalizar 2005, 50 centros de atención primaria, que atienden al 12% de la población, se benefician de los servicios de Salud Responde.

En cuanto a las utilidades relacionadas con la **gestión del conocimiento**, hay que destacar la puesta en marcha de dos nuevos módulos de tratamiento de la información, el primero de ellos relacionado en el sistema de citas (MTI-Citas) y el segundo (Diábaco) con la actividad asistencial de primaria, que explota los datos de actividad asistencial de cartera de servicios y procesos asistenciales necesarios para evaluar los acuerdos de gestión clínica. Ambos módulos cumplen uno de los objetivos de Diraya: los datos introducidos en el sistema para la atención de usuarios son procesados para el análisis y monitorización de los resultados de esa atención.

Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005

	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	Sí	Instituto de Estadística de Andalucía	Ley 4/1989, de 12 de diciembre, de Estadística de la Comunidad Autónoma de Andalucía	Organismo Autónomo de carácter administrativo	Dependiente de la Consejería de Economía y Hacienda
Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en >16 años					
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres	Observaciones
Encuestas de Salud (CC.AA.)	Sí	2003	78,6	73,6	

También 2005 ha sido importante en diseño de **nuevas utilidades de Diraya**. Se ha cerrado el desarrollo y plan de pruebas de los módulos de Consultas de Atención Especializada y de Urgencias. Se ha trabajado en la integración de laboratorios para una nueva versión del módulo de analíticas y ha comenzado a diseñarse lo que será el módulo clínico de hospitalización.

8. Calidad

Bajo el signo de la segunda modernización de Andalucía y con la innovación, la calidad integral y la gestión del conocimiento como referentes obligados, la Consejería de Salud elaboró en 2005 el segundo Plan de Calidad, cuya vigencia se extiende hasta 2008. Con él se persigue dar respuesta a los nuevos retos del sistema, y consolida las líneas ya iniciadas en el primer Plan de Calidad, afianza la apuesta por la misma, e impulsa un conjunto de actuaciones en búsqueda de la excelencia para conseguir:

- Ampliar y mejorar el marco de relación con el ciudadano.
- Alinear la organización con los objetivos de salud, incorporando la medición de resultados en salud a la toma de decisiones.
- Establecer la transparencia como elemento básico del sistema.
- Incorporar la visión de calidad a las políticas de Salud Pública.
- Profundizar en la continuidad asistencial y la participación de los profesionales, generalizando la gestión por procesos y la gestión clínica.
- Implantar de forma efectiva un modelo de gestión por competencias y de desarrollo profesional.
- Integrar plenamente la salud en la sociedad de la información completando el desarrollo de la estrategia digital.
- Proporcionar un nuevo impulso a la investigación y la innovación, articulando alianzas con la Universidad, las empresas y otros agentes.

Sus 48 objetivos y 25 proyectos específicos se articulan en cinco procesos estratégicos nucleares:

1. Asumir las necesidades y expectativas del ciudadano.
2. Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios.
3. Garantizar la calidad de las políticas de Salud Pública.
4. Gestionar el conocimiento.
5. Impulsar la innovación y la modernización del Sistema Sanitario.

En relación con el primero de ellos, es el marco integral de relaciones con la Ciudadanía el que impulsa la administración electrónica en el ámbito sanitario, y se sirve de la reingeniería de procesos administrativos, para introducir criterios de acto único y orientación al cliente. Se incorpora, de forma progresiva, una modalidad de atención a través de la consulta telefónica durante las 24 horas. De igual modo, se desarrollan diversas medidas de personalización, como los procedimientos de recordatorio y seguimiento de pacientes a través de men-

sajes SMS, la elaboración de guías y documentos en lenguaje asequible al ciudadano o la adaptación de horarios y de espacios físicos a colectivos con necesidades específicas. Se incrementan, en resumen, los mecanismos de información y formación dirigidos al ciudadano, así como sus contenidos, cuya calidad se acredita mediante procedimientos normalizados.

El segundo eje estratégico universaliza la estrategia de Gestión por Procesos, e impulsa el desarrollo profesional, mediante la implantación efectiva del Modelo de Gestión por Competencias que permite establecer un marco global para la selección, la formación continuada, el desarrollo profesional y la implantación de la Carrera Profesional.

La consolidación de sistemas de calidad homogéneos y de la cultura de la mejora continua en los centros asistenciales está posibilitando el desarrollo del Modelo de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. La Agencia de Calidad Sanitaria como elemento nuclear sobre el que pivota la acreditación de todos los centros y unidades, amplía su actividad a la acreditación del área de Salud Pública, de la formación continuada, de los profesionales, y a distintos ámbitos del sector sanitario concertado.

Los Acuerdos de Gestión entre Hospitales y Distritos incorporan compromisos explícitos para la implantación de, al menos, 20 procesos asistenciales, lo que afecta a todos los incluidos en el Decreto 96/2004 de Garantía en Procesos Asistenciales, Consulta y Pruebas Diagnósticas en Atención Especializada y los vinculados a planes integrales autonómicos, así como para el desarrollo de un cuadro de mandos de procesos asistenciales con ámbito de área sanitaria.

La innovación en los modelos organizativos y en los instrumentos de gestión que hacen el sistema sostenible y lo orientan a resultados, ha favorecido que las Unidades Clínicas de Gestión se conviertan en la unidad básica en la estructuración del sistema, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria. Se impulsa complementariamente, la integración entre niveles, extendiendo el modelo de áreas integradas de gestión, aumentando la permeabilidad y movilidad de los profesionales y avanzando hacia la definición de un espacio laboral para toda la comunidad andaluza. Se define un modelo de gestión integrador entre proveedores para los Hospitales de Alta Resolución.

Se avanza en la implantación completa de la Historia Digital en todos los centros y servicios del SSPA, integrando, en esta herramienta, con una visión corporativa, todos los nuevos desarrollos informáticos que se añadan al sistema. Se dispone del Cuadro de Mando Integral del SSPA.

Se ha definido el Plan de Seguridad del Paciente que recoge un conjunto de acciones en línea con las estrategias nacionales e internacionales en materia de seguridad y cuyo objetivo general es el de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados seguros a los pacientes, y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos. Para ello, el Plan de Seguridad incorpora dos elementos claves: la transición del paciente de elemento pasivo a elemento activo, que participa en su asistencia y que es un aliado del profesional en la mejora de la seguridad, y el abordaje integral de la seguridad, definiendo, como hilo conductor de la misma, la secuencia habitual de un proceso asistencial.

El tercer proceso estratégico permite incorporar la visión de Calidad a las políticas de Salud Pública mediante el impulso de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como compromisos de actuación, incorporados a los instrumentos de gestión de la organización, y mediante el desarrollo de nuevos Planes Integrales como método de intervención ante problemas de salud considerados prioritarios en la comunidad andaluza (Tabaquismo, Obesidad Infantil, Atención a la Dependencia).

En el ámbito de la vigilancia en salud pública, se desarrollan sistemas de medición del impacto en salud de las actuaciones sanitarias y se dispone de una red integral de alertas y crisis sanitarias que es objeto de acreditación, de acuerdo a estándares específicos de calidad. En relación a las políticas de protección, se incorpora el mejor conocimiento científico disponible para la evaluación de los riesgos en salud y se desarrolla un sistema de gestión de riesgos que contribuyan a una mayor protección de la salud.

El cuarto proceso estratégico pretende poner el conocimiento generado en la organización al servicio de los profesionales y ciudadanos, haciendo posible su intercambio permanente. Ello se basa en un modelo de gestión de la información que permite, no sólo su intercambio, sino la capacidad de identificar cuál es el conocimiento útil para la organización y que éste sea accesible para profesionales y ciudadanos en general. Se dispone de una estrategia de información y documentación científica en salud, que se sustentará en el desarrollo de proyectos de soporte, como la creación de un Centro de Documentación Sanitaria o la reciente puesta en marcha de la Biblioteca Virtual del SSPA, así como en el establecimiento de alianzas con otras organizaciones generadoras de conocimiento como Universidades, parques tecnológicos o empresas.

La investigación y la formación son dos aspectos claves de este proceso estratégico. Se diseña para ello, la estrategia de investigación e innovación en Salud dirigida a consolidar y ampliar la investigación de excelencia en Andalucía y se impulsa el desarrollo de una Plataforma Regional de Soporte a la Investigación a partir de la Fundación Progreso y Salud. Las estructuras locales de apoyo a la investigación existentes se transforman en Institutos de Investigación multicéntricos y multistitucionales. Se ha definido, asimismo, el Programa de Terapia Celular de Andalucía, así como las redes cooperativas de investigación biomédica.

Se trabaja actualmente en un Plan de Formación Integral para el SSPA que ha de permitir una adecuada integración de la formación pregrado, postgrado y continuada, y dará coherencia y continuidad a los procesos de desarrollo de la competencia profesional.

El último de los procesos estratégicos es el de impulsar la innovación como actitud diferenciada que requiere conocimientos, capacidad de interpretación de la realidad y visión de futuro para imaginar escenarios alternativos que aporten valor añadido a la actividad diaria y a los ciudadanos. La gestión de la información ofrece una visión más específica, y tiene en cuenta las plataformas tecnológicas necesarias para las acciones diseñadas y la necesidad de establecer un modelo de gestión de las mismas. Se están llevando a cabo las actuaciones necesarias para la integración funcional de los sistemas de información y para avanzar en un Sistema de Información Integrado, reconocible por cualquier persona que contacte con el SSPA a través del mismo. Se elabora, de igual modo, una estrategia corporativa de telemedicina y teleprestaciones para unificar de forma coherente e integrada con la Historia Digital las iniciativas en este campo.

El Contrato Programa 2005-2008 traduce en términos de compromisos los objetivos del III Plan Andaluz de Salud y el II Plan de Calidad y se establece con los distintos proveedores: Servicio Andaluz de Salud, Empresas Públicas, Centros Concertados y Fundaciones. En relación a iniciativas de especial interés cabe mencionar el establecimiento de un documento de evaluación del Contrato Programa que permite estructurar el seguimiento del mismo. Para ello, en primer lugar, se ha asignado cada uno de los objetivos claves y de soporte a su correspondiente proceso estratégico definido en el II Plan de Calidad para posteriormente, seleccionar los objetivos cuyo impulso y desarrollo corresponde a los servicios centrales, Consejería de Salud y Servicio Andaluz de Salud identificando

aspectos cuantificables vinculados a su consecución. De este modo, se dispone de una evaluación basada en las actuaciones realizadas para conseguir el objetivo, su cuantificación y la documentación que evidencia su nivel de desarrollo, incorporando la referencia asignada en el contrato programa, así como la periodicidad de evaluación y la unidad o departamento responsable del mismo.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

La tendencia seguida en la última década por los indicadores de salud en Andalucía es positiva respecto al conjunto de la población española. Desciende la mortalidad general y aumenta la esperanza de vida, aunque todavía queda margen de mejora, debido entre otros factores a las diferencias del punto de partida. Los años potenciales de vida perdidos no presentan un patrón muy diferente en Andalucía y en España. En ambos, la caída es más pronunciada para los hombres, especialmente en el último lustro. En la mortalidad infantil la reducción ha sido más acentuada, acercándose a las cifras españolas.

Andalucía tiene un patrón similar al del resto de España respecto a las causas de mortalidad, que corresponden a un país desarrollado con un predominio de las enfermedades circulatorias y tumores. Entre estas y las enfermedades respiratorias, digestivas, accidentes y diabetes suman el 80-85% de todas las causas de muerte.

Los últimos datos de mortalidad disponibles hasta el momento (Instituto de Estadística de Andalucía, 2004) presentan los siguientes indicadores:

Mortalidad general en Andalucía. 2004			Mortalidad Infantil 2004					
	Mujeres	Hombres						
Casos	29.640	33.376	M. Infantil		4,70			
Tasas crudas	789,18	919,47	M. Neonatal		3,17			
Tasas Est.	482,64	870,37	M. Postneonatal		1,57			
APVP	2.119,62	5.306,82						
EV Nacer	82,17	75,24						
EV 15 años	67,70	60,85						
EV 65 años	20,05	15,95						
Mortalidad por causas. 2004								
	Casos		Tasas crudas		TSD		APVP	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Circulatorias	12.759	10.414	339,71	286,89	189,71	270,72	292,17	951,19
Tumores	5.849	10.175	155,73	280,31	113,64	264,07	947,62	1.629,70
Respiratorias	2.352	3.918	62,62	107,94	34,73	100,04	57,74	190,82
Digestivas	1.610	1.999	42,87	55,07	26,35	53,08	109,45	339,46
Externas	749	2.057	19,94	56,67	15,86	53,76	314,94	1.391,06
Endocrinas	1.268	816	33,76	22,48	19,87	21,11	68,28	84,06

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía se estructura en distintos niveles, Central, Provincial, hospitalario y Distritos de Atención Primaria. Cuenta con más de 100 facultativos con diverso nivel de dedicación a la epidemiología.

Desde su creación hace 9 años se ha consolidado un circuito de información robusto en cuanto a enfermedades infecciosas y alertas, que permite trabajar con información a tiempo real, con una demora mínima en el sistema de declaración de enfermedades.

Actualmente, se está reorientando desde un tradicional sistema de Vigilancia Epidemiológica hacia otro orientado a la **vigilancia en salud pública**, y enmarcado en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se establecen tres áreas de actuación para «Impulsar la calidad de las políticas de vigilancia en salud pública»: 1. Análisis de la salud y sus determinantes, 2. Evaluación del impacto en salud pública y 3. Red de alerta y crisis en salud pública. Para asegurar la implantación progresiva de estas líneas de trabajo, se han introducido en el Contrato-Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud aquellos elementos sustanciales del mismo.

La descripción de estas áreas es la siguiente:

Análisis de la salud y sus determinantes

Conocer el estado de salud y sus determinantes en la población andaluza, incorporando nuevos elementos para el análisis, que valoren la influencia de las relaciones y dinámicas sociales sobre la salud, mediante un sistema de información global e integrado, que seleccione información relevante procedente de diferentes fuentes y que contemple en su definición las siguientes características:

- Orientado a la planificación, evaluación y la mejora continua de intervenciones a través de planes y programas de salud pública priorizados por la Consejería de Salud.
- Estandarizado, para proporcionar una información homogénea y comparable, que permita identificar desigualdades y elementos de investigación o intervención.
- Que proporcione información con el nivel suficiente de desagregación para la toma de decisiones.
- Con la periodicidad temporal necesaria para monitorizar indicadores y priorizar objetivos.
- Integrado dentro del sistema de información sanitaria del SSPA.

Evaluación del impacto en salud pública

Conocer los efectos sobre la salud pública, tanto de las políticas impulsadas desde la Consejería de Salud, como de aquellas otras políticas de la Junta de Andalucía con resultados previsibles sobre la salud de la población andaluza, y que deben ser conocidos antes de su implantación.

Red de alerta y crisis en salud pública

Servicio que detecta e interviene ante situaciones de riesgo para la salud pública, potencial, real o que generen alarma social.

10. Participación

La Consejería de Salud en Andalucía, está inmersa en la elaboración y desarrollo de una política de participación para toda la organización de salud, usuarios del sistema y ciudadanía general.

Se han seleccionado los siguientes escenarios:

- Escenario de los servicios, que contempla a todos sus actores (gestores, profesionales, usuarios y órganos de mediación) y las relaciones establecidas entre ellos. Incluye los órganos de comunicación y mediación que se ocupan del desarrollo y seguimiento de todos los instrumentos (2.^a opinión, consentimiento informado, reclamaciones, encuesta de satisfacción, etc.). Incluye a los ámbito de atención especializada y atención primaria e incorpora la continuidad de la atención.
- Escenario correspondiente a los órganos de participación, estructurado jurídicamente a través del Consejo Andaluz de Salud, la participación en los consejos de áreas y comisiones consultivas.
- Escenario comunitario de los barrios y los pueblos, donde superando al propio sector (consejo de salud), se incorpora con otros sectores (salud como una más) en planes y proyectos de desarrollo de zona.
- Escenario asociativo, en continuo desarrollo a través de las demandas para la mejora de los servicios y cada vez más en la colaboración y mejora de la calidad de las prestaciones.

El objetivo inmediato es encauzar en cada escenario una participación activa en la elaboración y desarrollo de las políticas de salud (III Plan Andaluz de Salud), de forma que en el área de los servicios se potencien una relaciones favorables y unos cauces que permitan la aportación de la ciudadanía, y que las estructuras de participación sean cada vez más positivas en términos de impacto sobre la remodelación de los servicios.

Como ejemplo de una de las iniciativas de participación puestas en marcha, en el capítulo 12 de experiencias innovadoras se describe una iniciativa multisectorial, innovadora en cuanto a la participación de los jóvenes en el sistema, acercándoles promoción y prevención de la salud, a sus puntos de frecuentación habitual.

Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Decreto 60/90 de 9 de marzo (BOJA 13/4/99). Orden 6 de junio de 1999 (BOJA 17/6/99). Decreto 128/97 de 6 de mayo (BOJA 60 de 24 de mayo de 2005).	
Segunda opinión	Sí	Decreto 127/2003 de 13 de mayo. Orden 24 de agosto de 2004.	
Acceso a la Historia Clínica	Sí	Ley 41/2002, de 12 de noviembre.	
Consentimiento Informado	Sí	Ley 41/2002, de 12 de noviembre.	
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	Sí	Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada. Decreto 238/2004 por el que se regula el Registro de voluntad vital anticipada.	
Guía o Carta de Servicios	Sí		Carta de Derechos y Deberes, Cartera de Servicios.

Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico- administrativa (tipo)	Observaciones
	Sí	Servicio de Participación y Acción Social en la Dirección General de Salud Pública.			En elaboración Plan y Decreto de Participación.

Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí/no	Cuantía dedicada en 2005	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Atención Temprana		2.785.000	94	Orden 20 de Junio Boja 112	
Alzheimer		534.800	6	Orden 20 de Junio Boja 112	
Ayuda Mutua		500.000	154	Orden 14 de Junio Boja 125	
SIDA		376.400	69	Orden 14 de Junio Boja 125	
Prostitución		200.000	32	Orden 14 de Junio Boja 125	

11. Equidad

La intervención basada en la equidad se plantea en distintas direcciones complementarias. Por una parte, están las zonas que manifiestan claramente situaciones de desigualdad. Simultáneamente están los colectivos que sufren especialmente las diferencias sociales que les están repercutiendo en salud (inmigrantes, drogodependientes, personas sin techo, etc.). Y también existen poblaciones dispersas, que por razones nuevamente socio-económicas o de índole que afecta a su proyecto vital (mayores, jóvenes excluidos del proceso educativo, mujeres separadas y sin recursos y mujeres en general), entran en itinerarios que conducen a la desigualdad y a la exclusión social.

La idea central que mueve a la reducción de desigualdades se basa en la evidencia de que son las clases sociales más desfavorecidas, quienes mueren antes, enferman más, y tienen con mayor frecuencia hábitos perjudiciales para la salud y peor calidad de vida. Por otro lado la desigualdad de género, constituye otro de los elementos que quiebra la equidad. El III PAS, recoge en una de sus cuatro metas fundamentales la reducción de desigualdades (2.ª meta). En cuanto a los 6 ejes transversales que cualquier política de salud tiene que tener en cuenta, señala la necesidad de la alianza de los distintos sectores públicos, en el concepto de Intersectorialidad como primer eje transversal, al que acompaña la participación ciudadana y la acción local entre otros ejes. La concreción última de las 10 estrategias prioritarias dedican dos objetivos: 20 y 21 a reducir desigualdades en términos poblacionales y de colectivos con especial necesidad respectivamente.

Las líneas esenciales que están actualmente en marcha de forma simultáneas son:

- El refuerzo de las intervenciones a través de la provincialización del III Plan Andaluz de Salud en zonas que aglutinan mayor morbi-mortalidad. Formación de un equipo de seguimiento epidemiológico que diseña las intervenciones y realiza su seguimiento.
- Cualquier ejercicio de planificación (planes procesos y programas), aunque vayan dirigidos a la población en general, concretan una atención dirigida a las poblaciones y colectivos que puedan sufrir de forma diferenciada el problema de salud en cuestión. De forma que la atención a las desigualdades atraviesa los planes y programas de salud.
- Una línea exclusivamente sectorial destinada a reforzar los servicios de salud que tienen más contacto con las poblaciones descritas («plan de atención en salud para las zonas con necesidades de transformación social»), concretada fundamentalmente en el esfuerzo de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.
- El desarrollo de los servicios de salud en las zonas con necesidades de transformación social, con una orientación cada vez más fuerte en sumar la salud, con objetivos compartidos con otros en planes de desarrollo social de la zona, que implica la alianza no solo con otros sectores públicos, sino con otros actores de las zonas (vecinos, ONG's, CC.LL...).
- Actualmente se está articulando de forma intersectorial (conjuntamente con otras direcciones generales de diferentes consejerías), una acción coordinada con una metodología común, para la actuación en zonas de transformación social que afectan por ahora a 10 zonas seleccionadas en todo el territorio andaluz.

Tabla 11. Proyectos y medidas para la equidad. Informe SNS 2005

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	IMPACTO.	Ley 31 de diciembre de 2003.	Incluye desarrollo de encuentros, cursos formativos de distintos niveles. Atraviesa transversalmente todos los planes procesos y programas.
Colectivos específicos (inmigrantes, Salud mental, Etnia)	Sí	II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía 2006/2009 OBJETIVOS III PLAN ANDALUZ DE SALUD. Acciones sectoriales, acciones intersectoriales, subvenciones y articulación en planes y programas.	III Plan Andaluz de Salud, Objetivos 21, 2.º Plan Integral de Atención a la Inmigración.	Planes Intersectoriales en los que participan diferentes Consejerías, Entidades Públicas y ONGs.
Discapacidad	Sí	PLAN DE DISCAPACIDAD INTERSECTORIAL Y PLAN DE DEPENDENCIA SECTORIAL.	Título VII de la Ley 1/1999 de 31 de marzo.	Medidas de prevención y rehabilitación médico-funcional referidos a personas con discapacidad y sobre todo dirigida a la atención Infantil Temprana.
Otras: ZONAS DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL	Sí	Acciones coordinadas en zonas de transformación social.	Método común ACCION:COM /Actuaciones de Salud en Zonas de Transformación Social.	Conexión con experiencias avanzadas des de barrios y pueblos/Conexión con el plan de Participación.
Prostitución	Sí	Programas específicos y diferenciados para hombres y mujeres que ejercen la prostitución.	Órdenes Anuales publicadas en el BOJA que regulan las actividades y subvenciones para este colectivo.	Actividades dirigidas a población muy desfavorecida socialmente.
Apoyo a la familia	Sí	Plan de Apoyo a la Familia Andaluza.	Decreto 137/2002 de 30 de abril.	Conciliación de la vida laboral y familiar para evitar la sobrecarga de los cuidadores, especialmente las mujeres.

- La respuesta a los colectivos con especial necesidad, entre los que destacamos: el plan de prostitución, plan de SIDA, plan de inmigración, discapacitados y la colaboración activa con otros planes intersectoriales como el de familia, el de inclusión social, etc.
- El fenómeno de arrastre que plantea la política de salud junto con la de bienestar y la educativa hacia prestar una atención preferente en el desarrollo de políticas poblacionales, orientadas a la reducción de desigualdades de todo el ejecutivo. Se trata en definitiva, que las políticas se estructuren convergentemente con los distintos sectores del ejecutivo, hacia el objetivo común de reducir desigualdades.

12. Experiencias innovadoras

En este apartado se incluyen tres experiencias innovadoras que consideramos pueden ser de utilidad para otras comunidades. Una de ellas de promoción de la salud en la población joven y otras dos de gestión. De éstas, la primera hace referencia a instrumentos que ayudan a garantizar la seguridad de los pacientes, y la segunda, que propicia la equidad de la atención, es una experiencia novedosa de prestación bucodental a discapacitados.

12.1. Programa Forma Joven

Forma Joven es un programa interinstitucional, que se inició en el curso 2001-2002, en el que participan la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, con la colaboración de la Federación Andaluza de Municipios y Provincias y las Asociaciones de Padres y Madres de Andalucía.

12.1.1. Objetivo, justificación y planteamiento

El objetivo del programa Forma Joven es acercar a los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes la información y formación necesarias para que desarrollen capacidades y habilidades de respuesta saludables ante las situaciones de riesgo o interrogantes más destacados que se presentan en esta etapa de su vida y hacer compatibles diversión y salud.

Es una estrategia de actuación que surge ante la necesidad de buscar alternativas a la casi nula frecuentación de esta población a los servicios sanitarios.

Aborda, desde una perspectiva de promoción y prevención, los problemas de salud prioritarios de los jóvenes desde el escrupuloso respeto a los derechos individuales y el abandono de actitudes paternalistas.

Siguiendo el Plan de atención a los problemas de salud de la juventud de Andalucía, Forma Joven actúa fundamentalmente en tres áreas:

- Área afectivo sexual, en la que, como objetivos prioritarios, promueve: la prevención de riesgos (SIDA, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados...), la eliminación de comportamientos sexistas y las relaciones satisfactorias.

- Área de adicciones, en la que se trabaja conjuntamente sobre todas las adicciones y especialmente sobre el alcohol y su influencia en las conductas. Los accidentes de tráfico protagonizados por jóvenes en los que interviene la ingestión de alcohol.
- Área de Salud Mental. Se consideran de forma destacada las cuestiones relacionadas con la autoestima, la violencia entre iguales y de género, y los trastornos alimentarios. Se pretende favorecer la convivencia y propiciar espacios de negociación de los conflictos. Así mismo, es un principio que impregna todas las actuaciones de Forma Joven el promover una conducta equilibrada entre géneros.

12.1.2. Población diana

Forma Joven se dirige a la población adolescente y juvenil de ambos sexos de edades comprendidas entre los 12 y 30 años, aproximadamente. Por la propia dinámica de desarrollo del programa, actualmente, la mayoría de los puntos Forma Joven se encuentra en los centros de Enseñanza Secundaria.

No obstante, se dirige también con especial interés, a los jóvenes no escolarizados y a los que ya han salido de la Secundaria. Para abordar al primer grupo, se plantea establecer asesorías Forma Joven en los centros municipales; para los que han finalizado su paso por el Instituto y continúan estudiando, se plantea la creación de Puntos Forma joven en sus nuevos centros de estudio.

12.1.3. Características principales de su desarrollo. Los Puntos Forma Joven

Podemos considerar la característica más destacada de Forma Joven la de haber salido de sus espacios habituales de trabajo para llevar sus actuaciones a los lugares donde se encuentran sus jóvenes destinatarios, mayoritariamente poco o nada usuarios de los Centros de Salud.

Así, el núcleo de la actuación de Forma Joven consiste en la habilitación de un espacio, el Punto Forma Joven, en un lugar frecuentado por jóvenes adonde éstos pueden acudir, individualmente o un grupo, a plantear las demandas informativas o formativas que consideren oportunas. Naturalmente, el Punto Forma Joven no actúa sólo «a demanda», sino que es promotor de actuaciones, en consonancia con sus principales objetivos y en colaboración con los usuarios del centro.

Este Punto Forma Joven está atendido por profesionales de los sectores sanitario, educativo y de los servicios sociales, especialmente formados para atender las diferentes demandas de adolescentes y jóvenes. Esto supone una interesante experiencia para los sectores implicados, principalmente Educación y Salud, que deben compartir objetivos, espacio y profesionales que lo lleven a cabo adaptando en muchos casos elementos propios de su cultura y funcionamiento.

Otra clave muy importante para el buen desarrollo del programa es la participación de los propios jóvenes a través de la figura del «mediador», facilitando la comunicación entre los responsables del Punto y sus destinatarios y propiciando el trabajo en común entre ambos estamentos. Se trata, además, de hacer partícipe al colectivo de jóvenes en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas, como estrategia válida para promover cambios e interiorizar conductas favorables, no impuestas verticalmente desde el colectivo de los adultos. Antes de desarrollar sus funciones, el grupo de jóvenes «mediadores» reciben una formación específica, a cargo del Instituto Andaluz de la Juventud.

Actualmente existen más de 440 Puntos Forma Joven, repartidos por toda Andalucía y que se ubican, mayoritariamente, y como ya ha quedado reflejado, en los Centros de Enseñanza Secundaria. Mediante estos Puntos se está atendiendo, actualmente, a más del 49% de la población de estudiantes de secundaria de la comunidad andaluza.

12.1.4. Aspectos destacables de su implantación y desarrollo

Los aspectos más destacables del desarrollo de un programa como Forma Joven son:

- El enfoque intersectorial, potenciando y desarrollando el trabajo conjunto entre profesionales de distintos ámbitos (salud, educación, servicios sociales) de forma coordinada.
- El fomento de la participación de los propios jóvenes, a través de la figura del mediador.
- El acercamiento de los profesionales de los distintos ámbitos que trabajan en el programa en torno a un objetivo común, acercamiento que se plasma, además de en el propio trabajo, en la etapa de formación, elaboración de instrumentos, etc.
- La atención preferente a las mayores dificultades. Forma Joven se dirige a toda la población de jóvenes, pero procura priorizar la atención a los sectores de población adolescente y joven con mayores dificultades.
- La necesidad de unión entre la planificación y la acción. En el desarrollo de Forma Joven se pone de manifiesto la necesidad de unir la planificación política y la acción para modificar servicios, actitudes e intervenciones para atender de la manera más eficaz las demandas y necesidades del colectivo juvenil.
- La concreción a nivel local, para acercarlo a los entornos frecuentados por adolescentes y jóvenes.

Trabajar desde la globalidad de fenómenos que afecta a adolescentes y jóvenes hace necesario cumplir los objetivos adaptados a las demandas y las necesidades de la promoción de la salud, así como responder a las necesidades que surgen de las diferentes estrategias con las que se trabaja en Forma Joven.

Este trabajo precisa sustentarse en:

- Estrategias de evaluación de las actividades que se llevan a cabo y en su impacto en la salud, intentando reconocer las mejores iniciativas que permitan avanzar entre todos.
- Sistemas y tecnologías que permitan la puesta en común de información transversal y de seguimiento longitudinal de aquellos temas clave que afectan a adolescentes y jóvenes, a las familias y a colectivo de profesionales que trabajan con ellos.
- Actualización y formación continuadas, para incorporar de manera permanente las innovaciones que, vertiginosamente, rodean al mundo de la juventud.

Para ello se ha desarrollado una **Secretaría Técnica Forma Joven** como mecanismo técnico de apoyo que centra sus objetivos en cuatro líneas de actuación:

- Apoyo al desarrollo de las iniciativas que se están llevando a cabo por diferentes profesionales en las distintas provincias y nivel autonómico.

- Evaluación de las prácticas que se realizan en los Puntos F.J junto al conocimiento de iniciativas en otros entornos y el desarrollo de estrategias de investigación.
- Documentación e información para que las instituciones, profesionales, jóvenes, familias,... puedan consultar e intercambiar información, formando una red de intercambio de información, de iniciativas y de prácticas.
- Formación, desarrollando planes y programas de formación sobre promoción de salud y sobre las distintas áreas de intervención en la adolescencia y juventud.

12.1.5. Seguimiento y evaluación

Indicadores de estructura:

- N.º de puntos de atención «Forma Joven» (mapa).
- Registro de cada punto de atención (ficha).
- Formación de los profesionales y mediadores.

Indicadores de proceso:

- Cobertura de servicios (número y tipo de visitas).
- Valoración de usuarios (análisis cualitativo: encuesta, entrevista...).
- Alcance del programa de mediadores.

Indicadores de resultado:

- Informe de seguimiento y evolución de los problemas prevalentes de salud en los adolescentes.

12.1.6. Resultados más destacables

En cuanto a las repercusiones que el programa Forma Joven pueda estar teniendo en la salud y calidad de vida de sus jóvenes destinatarios, aún es pronto para hacer una evaluación.

En cualquier caso, sí creemos que son ya logros de Forma Joven la disposición de un nuevo instrumento, los Puntos Forma Joven, para el desarrollo de actuaciones con la población juvenil.

Además, el desarrollo del programa está permitiendo profundizar en el conocimiento de una serie de estrategias, como la intersectorialidad; en la capacidad de intervención en espacios no habituales y en la disposición de los profesionales de distintos ámbitos de actuar conjuntamente.

12.2. Identificación de pacientes mediante radiofrecuencia (RFID)

12.2.1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Los planes de mejora de las organizaciones sanitarias incorporan objetivos de seguridad y potencian la investigación sobre efectos adversos. Los sistemas de notificación de éstos,

permiten aprender de las experiencias alertando de nuevos riesgos, compartiendo nuevos métodos para prevenir errores, recomendaciones de «buenas prácticas» y creando una cultura de seguridad. Estas recomendaciones se centran, entre otras, en *mejorar la precisión de la identificación de pacientes mediante el uso de pulseras identificativas*.

12.2.2. Población Diana

Pacientes del Hospital de día Oncológico por la asociación de factores como una alta rotación de pacientes/día y el uso de medicamentos de alto riesgo (altamente tóxicos) en pacientes de alto riesgo (inmunodeprimidos).

12.2.3. Características principales de su desarrollo

La identificación de pacientes se realiza por radiofrecuencia (RFID) mediante pulseras que contienen un microchip con los datos identificativos del paciente como nombre completo y número de historia clínica. Al ingreso del paciente se identifica éste en el sistema de información del hospital comprobándose la existencia de historia clínica y cita en el hospital de día oncológico.

La identificación del medicamento se realiza inicialmente en farmacia a través de un programa específico que genera una etiqueta con código de barras que contiene información del medicamento como nombre del medicamento, nombre del paciente, diagnóstico pauta y secuencia de administración. La etiqueta viaja con el medicamento a la unidad de oncología.

Procedimiento de administración de medicamentos oncológicos:

- 1.º La enfermera comprueba identidad del paciente colocando el dispositivo lector (PDA) cerca de la pulsera del paciente,
- 2.º La PDA se comunica con la base de datos hospitalaria mediante tecnología inalámbrica y comprobando la existencia del paciente en la base de datos,
- 3.º De la misma forma la enfermera comprueba el medicamento y su secuencia de administración.
- 4.º En la pantalla de la PDA aparece un mensaje dando la autorización a la administración del medicamento si el paciente y el medicamento coinciden.

En caso de errores el sistema advierte mediante un mensaje a la enfermera en la pantalla de la PDA.

Los errores son registrados en el sistema lo que permite su posterior análisis y la adopción de medidas correctoras.

12.2.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

- 1.º Participación de los profesionales de la unidad de oncología, de farmacia, el proveedor de los elementos tecnológicos, la unidad de Informática del hospital y la unidad de calidad, en el diseño del procedimiento de identificación.
- 2.º Se respetó el procedimiento de trabajo habitual de las enfermeras adaptándose al mismo. No se cambió ningún circuito de trabajo.

- 3.º Dotación de dispositivos lectores ligeros (PDA) de fácil manejo por las enfermeras y que no supusieran un obstáculo para llevar a cabo su trabajo.
- 4.º Software específico con menús de interfaz con el usuario muy intuitivos para facilitar el procedimiento de identificación de paciente-medicamento.
- 5.º Los mensajes de pantalla de la PDA con el usuario aparecen de color verde para la identificación correcta y en rojo para los errores de identificación.
- 6.º Todos los errores de identificación detectados son registrados.
- 7.º Se hace partícipe al paciente informándole del uso de la pulsera y demás dispositivos que van en beneficio de la seguridad de todos.
- 8.º Previamente se revisaron todos los ciclos de tratamiento de oncológicos por los facultativos y farmacia y se estableció la secuencia correcta de administración de las pautas, es decir el orden en el que se deben administrar en una sesión terapéutica. Hay sesiones con más de 6 medicamentos por paciente y se debe seguir escrupulosamente ese orden para prevenir eventos adversos debido a la toxicidad de los medicamentos empleados.
- 9.º Formación de enfermería y disponibilidad de manual de usuario actualizado.

12.2.5. Metodología seguida para el seguimiento y evaluación.

Indicadores utilizados

Supervisión estrecha en el pilotaje por la empresa proveedora, la supervisora de enfermería y la unidad de calidad. para monitorizar el grado de aprendizaje y familiarización de las enfermeras con los diferentes dispositivos.

Diseñado la hoja de incidencias: registro de casos en los que el proceso de identificación ha fallado, el motivo, la solución adoptada y sugerencias.

Sistema de soporte on-line telefónico y presencial con el proveedor y la unidad de informática para solventar las incidencias aparecidas.

Desarrollo de indicadores: Tasa de pacientes identificados. Tasa de pulseras generadas. Tasa de pulseras desechadas. N.º de errores de identificación de paciente (RFID). N.º de errores de identificación de medicamento (código de barras). N.º de errores de secuencia incorrecta de medicación. N.º de fallos de comunicación de red con los sistemas lectores. N.º de fallos por mal mantenimiento de los equipos. N.º de fallos por desconfiguración de equipos. Tiempo de resolución por incidente por parte del soporte técnico

12.2.6. Resultados más destacables

- 1.º Los errores de lectura de pulseras (RFID) fueron mínimos < 0,5% y se resolvieron todos volviendo a leer la pulsera.
- 2.º Los errores de lectura de medicamentos (código de barras) alcanzaron una tasa del 35% debido a las propias características de la etiqueta. Los medicamentos citostáticos vienen previamente diluidos de farmacia en envases curvos que dificultan la lectura de la etiqueta. Se ha solicitado un cambio en el etiquetado de los códigos de barras al fabricante para facilitar la identificación del medicamento. No obstante nos decantaremos por unificar tecnologías y se sustituirá el código de barras de los medicamentos por etiquetas RFID.
- 3.º Se detectaron dos errores de secuencia de administración de medicamentos al mismo paciente que podrían haber tenido consecuencias moderadas.

- 4.º No se detectó ninguna confusión de paciente en el periodo de estudio.
- 5.º Se detectaron numerosas incidencias de fallo de la red inalámbrica lo que obligó a suspender el procedimiento, teniéndose que realizar de la forma tradicional. Se ha mejorado la red inalámbrica reforzando los dispositivos de antena lo que ha contribuido a disminuir las incidencias de fallo de red.
- 6.º Las enfermeras están contentas y se sienten más seguras con el sistema siempre y cuando se mejoren la incidencias anteriormente reseñadas. A los pacientes les parece una medida adecuada el uso de pulseras identificativas.

Las medidas y actuaciones encaminadas a prevenir y minimizar los riesgos para los pacientes se demuestran efectivas cuando se diseñan y se incluyen en los procedimientos de trabajo habituales. El uso de tecnologías en el proceso del uso de medicamentos se demuestra como una medida muy eficaz porque reducen variabilidad en las actuaciones. Las medidas de este tipo, cuando se aplican sobre todo en la administración de medicamentos, evitan los errores que llegan al paciente y ayudan a los profesionales a realizar sus actividades de una forma más segura para todos.

12.3. Organización de la asistencia dental a personas con discapacidad residentes en la provincia de Córdoba

12.3.1. Justificación

La prestación asistencial dental en Andalucía regulada por el Decreto 281/2001, de 26 de diciembre, contempla la asistencia bucodental en el Sistema Sanitario Público a personas cuya discapacidad física o psíquica incida en la extensión, gravedad o dificultad de su patología oral o su tratamiento. El ámbito de cobertura, son los residentes en Andalucía entre los 6-15 años y contempla una asistencia dental básica y unos tratamientos especiales.

Por otra parte, el Decreto 48/2006 incluye el derecho a la atención bucodental a personas con discapacidad severa que precisen de sedación profunda o anestesia general para su exploración o tratamiento dental, sin límite de edad.

Ambos decretos vienen a regular la asistencia dental de las personas con discapacidad que presentan dificultad en ser atendidos con normalidad en un gabinete dental, y se justifican por la equidad en el acceso a la asistencia, por su elevada patología oral (en parte motivada por su medicación y falta de autonomía personal), por la importante demanda social por parte de colectivos y asociaciones, por el especial interés a los colectivos especiales en el Plan Andaluz de Salud, por la complejidad de su tratamiento y necesidad de asistencia más especializada.

Por tanto, la dificultad en el tratamiento de estos pacientes y la ampliación de la cartera de servicios que supone el contenido de ambos decretos sobre la anterior cartera de servicios de Odontología, ha motivado la puesta en marcha de estructuras o unidades de Odontología Hospitalaria especialmente dotadas para la asistencia dental de estas personas.

12.3.2. Población diana

En la actualidad existen en Córdoba alrededor de 30.000 personas con discapacidad con la siguiente distribución: 36,2% físicos, 20% psíquicos; 15,5% sensoriales y 28,3% mixta. Según nuestra estimación serán las personas con discapacidad psíquica el grupo más frecuente que demandará nuestros servicios, seguido de las personas con discapacidad mixta y una pequeña proporción de discapacitados físicos. En total, calculamos que un 28% de personas con discapacidad serán los usuarios potenciales de esta prestación (mayoritariamente discapacitados psíquicos y mixtos).

12.3.3. Características principales de su desarrollo en la población infantil

La captación de pacientes se realiza a través de los dentistas públicos y privados concertados (el Decreto 281/2001 crea la figura del dentista de cabecera y su libre elección entre sector público o privado contratado), gestionándose y coordinándose la asistencia dental por el Servicio de Planificación y Evaluación Asistencial de la Delegación Provincial de Salud, donde existe un Dentista Coordinador provincial.

Una vez acreditada por el dentista de cabecera la necesidad de tratamiento odontológico y la imposibilidad de hacerlo en un gabinete dental, se inicia el circuito de derivación: el pediatra de cabecera solicita las pruebas básicas para remitir al paciente a la consulta de preanestesia del hospital de referencia. Desde esta consulta se da el visto bueno al Dentista Coordinador, quien se encarga de la cita, ingreso y consentimiento informado del paciente. Previamente, la coordinadora de anestesia infantil informa al Dentista Coordinador de la disponibilidad de quirófanos en el centro.

El equipo de Odontología hospitalaria lo constituye el Dentista Coordinador y tres dentistas de los dispositivos de apoyo de los Distritos Sanitarios de Atención Primaria, que se desplazan al hospital el día de la intervención, en equipos de dos.

Las intervenciones se realizan en el Hospital Maternoinfantil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. La disponibilidad de quirófano es quincenal adaptándose y flexibilizando en función de la demanda y lista de espera. Los pacientes ingresan el día de antes y se les interviene por la mañana y son dados de alta por la tarde salvo complicación.

Antes de la puesta en marcha se realizaron sesiones informativas con diferentes profesionales: dentistas públicos y privados concertados, pediatras y médicos de cabecera, personal de gestión de usuarios de diferentes centros para presentarles los circuitos de derivación y requisitos.

En la actualidad la Cartera de Servicios es:

Preventiva: Selladores de hoyos y fisuras.

Conservadora: Obturaciones, reconstrucciones, grandes reconstrucciones.

Cirugía: extracciones simples y complejas, biopsias, frenectomías, apicectomías y pequeña cirugía oral.

Endodoncia: Apicoformación, pulpectomías, pernos intrarradiculares.

Periodoncia: Tartrectomía, raspado y alisado, gingivectomía.

Prótesis fija: Corona completa metal porcelana, corona completa de porcelana, corona provisional, Muñón metálico colado unirradicular.

12.3.4. Aspectos destacables de su implantación

La implementación de la prestación dental a personas con discapacidad ha permitido ofrecer una asistencia de calidad en un medio adecuado a sus dificultades terapéuticas facilitando con ello el acceso y continuidad asistencial que este colectivo venía careciendo tradicionalmente, debido a la escasez de oferta de servicios incluido el sector privado.

Destacar también, el nivel de formación del personal de la unidad, y dotación tecnológica del equipamiento odontológico, con la característica de su movilidad, que permite la instalación de todo el material en cualquier quirófano del complejo hospitalario en pocos minutos.

12.3.5. Evaluación. Indicadores

El seguimiento, gestión y control se realiza desde la Delegación Provincial de Salud, siendo el Dentista Coordinador el responsable de obtener el consentimiento informado previo al tratamiento odontológico y la Orden de ingreso hospitalaria. Valora, previa revisión del paciente, si se programan uno o dos pacientes por sesión.

Los indicadores principalmente utilizados son: N.º de pacientes /año; Proporción pacientes con discapacidad física/discapacidad psíquica; Necesidad de tratamiento odontológico/paciente, Tiempo medio en lista de espera; n.º y porcentaje de complicaciones; n.º de reclamaciones/año.

12.3.6. Resultados

- Pacientes atendidos desde enero de 2004, fecha de inicio de la actividad: 42.
- Edad media: 11 años con una D.E. de 3,2 años.
- Tipo de discapacidad: 7 discapacitados físicos y 35 discapacitados psíquicos. El retraso mental de diferente etiología, es la causa más frecuente de asistencia.
- Actuaciones realizadas (tratamientos odontológicos): 384. Con una media de 9 actuaciones/paciente.

Por frecuencia de actividad: Selladores 36%; Extracciones: 29,7%; Obturaciones: 27,4%; Tartrectomías: 4%; Endodoncias: 2%; Gingivectomía 1%; Raspado y alisado: 0,57%; Frenectomía: 0,57%.

La posibilidad de realizar tratamientos preventivos y conservadores de la salud oral ha supuesto un importante avance en la calidad de vida de estos pacientes, que tradicionalmente solo recibían tratamientos extraccionistas para eliminar focos infecciosos, paliativos en cualquier caso, pero no se ponían los medios para conservar la salud bucodental de estas personas.

Para los familiares se ha acabado un peregrinar por diferentes servicios que no les satisfacían pues ofrecían soluciones parciales: con la creación de los equipos de Odontología Hospitalaria (futuras unidades clínicas con participación de los dentistas de los Dispositivos de Apoyo de Atención Primaria) se dota de recursos suficientes para tratar la complejidad de estos pacientes con un abordaje integral de su patología, con una continuidad asistencial y de calidad adecuados a este colectivo.

