

2 0 0 5

CONTRATO PROGRAMA

2 0 0 8

Servicio Andaluz de Salud

2 0 0 8

Área de Gestión Sanitaria



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

©2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Edita

Servicio Andaluz de Salud

Avda. de la Constitución, nº 18

41071-Sevilla

Teléfono: 955-018000 Fáy: 955-018025

Web:[http:// www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)

Coordinadores

Juan Goicoechea Salazar

José Manuel Hierro Borjabab

Miguel Ángel Fornell Coello

Depósito Legal

(SE - 0358 - 08)

**CONTRATO PROGRAMA PERIODO 2005-2008
ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA DEL
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
AÑO 2008**

En Sevilla, a 1 de Enero de 2008

REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. Juan Carlos Castro Álvarez, y el/la Gerente del Área de Gestión Sanitaria
D./D^a.....

ACUERDAN

el siguiente Contrato Programa para el periodo 2005-2008, en el que se establecen para el año 2008 los objetivos que se relacionan en el presente documento así como los contenidos en los Anexos al mismo que se incluyen en el CD que se acompaña

El Director Gerente del SAS

El/la Gerente del AGS

Fdo.: Juan Carlos Castro Álvarez

Fdo.:

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	Pág 8
1 ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA	11
1.1 PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	12
1.2 OPINIONES DE LA CIUDADANÍA.....	12
1.3 INFORMACIÓN, ACCESIBILIDAD, CONFORT E INTIMIDAD	14
1.4 PLANES ESPECÍFICOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	17
1.5 DERECHOS SANITARIOS	18
2 ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	20
2.1 ESTRATEGIAS EN SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES.....	21
2.2 SERVICIOS DE DISPENSACIÓN DE METADONA Y DE CUIDADOS PARA PERSONAS CON ADICCIONES	22
2.3 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	23
2.4 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SALUD AMBIENTAL	24
2.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	27
2.6 PLAN DE VACUNACIONES DE ANDALUCÍA	27
2.7 ATENCIÓN A POLIMEDICADOS.....	27
2.8 ATENCIÓN A LA MUJER Y AL NIÑO.....	28
2.9 ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	29
2.10 ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS JÓVENES.....	30
2.11 ATENCIÓN A PERSONAS INMIGRANTES.....	30
3 ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA	31
3.1 ACCESIBILIDAD	31
3.2 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA QUIRÚRGICA	33
3.3 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA DE CONSULTAS	35
3.4 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	37
3.5 GESTIÓN CLÍNICA	39
3.6 GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO	41
3.7 PERSONALIZACIÓN EN LA ATENCIÓN CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL.....	45
3.8 ORDENACIÓN ASISTENCIAL	56
3.9 ACTIVIDAD ASISTENCIAL	57
4 ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL	60
4.1 COMISIONES HOSPITALARIAS.....	61
4.2 CONTROL EXTERNO DE CALIDAD.	62
4.3 SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	62
5 ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN.....	63
5.1 PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS	63
5.2 PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER.....	65
5.3 EXAMEN DE SALUD PARA MAYORES DE 65 AÑOS	65
5.4 ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	66
5.5 TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS	67
5.6 PLAN ANDALUZ DE HEMOTERAPIA.....	67
5.7 PLAN DE APOYO A LA FAMILIA.....	68

5.8 REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA	71
5.9 PLAN DE GENÉTICA	72
5.10 ATENCIÓN A PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO).....	73
5.11 LABORATORIOS CLÍNICOS Y BANCOS BIOLÓGICOS	73
6 ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD	74
6.1 PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA.....	74
6.2 PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA.....	75
6.3 PLAN INTEGRAL DE DIABETES	77
6.4 PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS.....	78
6.5 PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO	80
6.6 PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTALIDAD	80
6.7 PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL	81
6.8 PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS 2008 - 2012.....	81
7 PRESTACIONES CONCERTADAS	82
7.1 PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA.....	82
7.2 TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS	82
7.3 TRANSPORTE SANITARIO	82
8 ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO	84
8.1. ÁMBITO DE LA ASISTENCIA ESPECIALIZADA.....	84
8.2. ÁMBITO DE LA AP	87
9 ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN	89
10 ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN.....	92
11 GESTIÓN AMBIENTAL	95
12 ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	96
13 ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA.....	97
13.1 GESTIÓN PRESUPUESTARIA.....	97
13.2 GESTIÓN DE COMPRAS Y LOGÍSTICA	97
13.3 GESTIÓN FINANCIERA.....	99
13.4 CONTABILIDAD DE COSTES (COAN-HYD)	99
13.5 RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL Y GERENCIA DEL RIESGO	100
14 ÁREA DE INVERSIONES	101
15 ÁREA DE FINANCIACION	103
16 ÁREA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS	105
17 ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	106
18 ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN.....	109

INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía recoge **la universalidad y la equidad** en los niveles de salud y la **igualdad efectiva en el acceso** al SSPA como los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía. Asimismo constituyen principios básicos de este modelo la **concepción integral de la salud**, la descentralización, autonomía y **responsabilidad en la gestión** de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos especialmente en lo referente a la **atención personal** y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

Las principales líneas estratégicas que emanan del III Plan Andaluz de Salud como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno Andaluz y del II Plan de Calidad como marco político estratégico de la Consejería de Salud, afianzan la **apuesta por la calidad** e impulsan aquellas actuaciones encaminadas a la **búsqueda de la excelencia**, implicando al sistema sanitario público en un proceso orientado hacia formas cada vez más **efectivas y eficientes** de conseguir los objetivos y de **satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos andaluces**.

La Consejería de Salud mediante el Contrato Programa, que enmarca su relación con el Servicio Andaluz de Salud para el periodo 2005-2008, establece como principales líneas de actuación el **compromiso con las necesidades y expectativas** de la ciudadanía, la extensión de la gestión por **procesos** y de la **gestión clínica**, la **integración entre los niveles** asistenciales, la **orientación a resultados**, la garantía de la **calidad** de las prestaciones, la promoción de la **gestión del conocimiento** y de la **innovación**, el desarrollo de un modelo integral de **gestión por competencias** y la gestión de la **calidad en las políticas de salud pública**, concediendo especial relevancia a la implantación **de políticas transversales de innovación tecnológica**.

La ley de Salud de Andalucía otorga al Servicio Andaluz de Salud las competencias para la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Asimismo le atribuye la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que obran bajo su dependencia orgánica y funcional y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Dentro de este ámbito, el presente Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán así como el marco y dinámica de sus relaciones para el año 2008.

Los listados, informes, guías y análisis solicitados en este Contrato Programa serán enviados a las correspondientes unidades de los Servicios Centrales, a las cuales se facilitará además toda la actividad auditora y de evaluación.

Una vez finalizado el ejercicio y dentro del primer semestre del siguiente, el AGS deberá suministrar al Servicio Andaluz de Salud su memoria anual, en la que se reflejarán de forma especial las áreas recogidas en el presente Contrato Programa, el resto de actividades y los resultados obtenidos tras su evaluación.

El presente Contrato Programa entre el Servicio Andaluz de Salud y el AGS, tendrá vigencia durante el periodo 2005-2008 pudiendo ser revisado de forma anual, por causa suficientemente justificada, a propuesta de cualquiera de las partes.

El presente Contrato Programa se sustenta en las siguientes áreas de actuación:

- Atención Ciudadana
- Gestión de la Prevención, Promoción y Protección de la Salud
- Organización de la Asistencia Sanitaria
- Calidad Asistencial
- Planes Horizontales de Gestión
- Planes Integrales de Salud
- Prestaciones Concertadas
- Promoción del Uso Racional del Medicamento
- Apoyo a la Investigación
- Docencia y Formación
- Gestión Ambiental
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión Económica
- Inversiones
- Financiación
- Nuevas Tecnologías
- Tecnologías de la Información
- Sistemas de Información y Evaluación

1 ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA

El Servicio Andaluz de Salud ha definido con rotundidad el papel y la razón de ser del ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público y lleva dos décadas introduciendo mejoras en la atención ciudadana, algunas de ellas con carácter innovador y pionero, tanto en el reconocimiento de los derechos, como en la prestación de servicios, consecuencia del trabajo, de la gestión pública eficiente y responsable, de todas las personas de nuestra organización, en respuesta a las opiniones y expectativas de los ciudadanos y a la confianza que depositan en el SSPA.

Es un hecho constatado que las expectativas de nuestros usuarios, su percepción sobre elementos tangibles e intangibles del servicio, están experimentando un importante cambio.

La ciudadanía es cada vez más consciente de su derecho a recibir un servicio excelente, no sólo desde el punto de vista de calidad científico-técnica, sino también en los componentes interpersonales y relacionales que configuran su experiencia de contacto con el sistema y sus profesionales.

El Servicio Andaluz de Salud, una organización sensible y consciente de los márgenes de mejora en las relaciones con los ciudadanos, establece el PLAN DE ATENCIÓN CIUDADANA como instrumento de planificación estratégica que impulsa y dirige una profunda transformación de la atención a la ciudadanía, para ello define cinco líneas estratégicas:

- Línea 1. Impulsar la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana.
- Línea 2. Mejorar, integrar y consolidar los sistemas de recogida de las opiniones y expectativas de los ciudadanos, desarrollando de nuevos canales de comunicación e información.
- Línea 3. Desarrollar planes específicos de participación ciudadana.
- Línea 4. Adaptar los servicios a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, impulsando proyectos de mejora desde la perspectiva del usuario.
- Línea 5. Avanzar en garantizar los derechos a los ciudadanos.

El objetivo final es que el ciudadano sienta reforzada su confianza en la Sanidad Pública, se sienta único dentro del Sistema, que en todo momento perciba la atención sanitaria que recibe, más cálida, cercana y transparente.

Con el Contrato Programa 2008, el Servicio Andaluz de Salud refuerza su compromiso de servicio a la ciudadanía, desarrollando estrategias que han incorporado sus opiniones como herramienta fundamental que orienta las actuaciones de la organización sanitaria hacia la personalización de la asistencia, la recogida de las opiniones de los ciudadanos, la participación, la información, la accesibilidad, el confort, la intimidad y los derechos y sus garantías.

1.1 Personalización de la atención

El Servicio Andaluz de Salud entiende la personalización de la atención como el **principio que debe regir todo el proceso de atención a los ciudadanos y ciudadanas que toman contacto con el sistema sanitario público**, proceso que se inicia con la identificación unívoca del individuo, la garantía, seguridad y confidencialidad de su información y el desarrollo de todo su proceso integrado de atención, que realizan cooperadamente diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, dando una respuesta sensible, específica, adaptada a su problema, a sus necesidades y expectativas en cada momento.

El AGS garantizará la personalización en todos los procesos de atención a los pacientes.

1.2 Opiniones de la ciudadanía

1.2.1 Análisis de satisfacción de los usuarios

Con el propósito de conocer la opinión y satisfacción directa de los usuarios y monitorizar los cambios y áreas de mejora en los centros, el AGS, a lo largo del 2008, garantizará el desarrollo de las siguientes encuestas:

- Por una parte, las dos encuestas anuales que se vienen realizando mediante el convenio SAS-CSIC (IESA), que nos aporta información global anual del Hospital, de los Centros Hospitalarios de Consultas Externas y de los Centros Periféricos de Especialidades.
- Y por otra, la encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria que se viene realizando mediante colaboraciones externas con la Dirección Regional de Atención Ciudadana del Servicio Andaluz de Salud, y que nos aporta información cuantitativa y cualitativa (lo que más y menos ha gustado) por Servicio de Centro Hospitalario con periodicidad mensual, trimestral y anual.
- A lo largo del 2008 la DRAC, mediante colaboración externa, pondrá en marcha tres nuevas encuestas autocumplimentadas que analizarán la satisfacción de los usuarios con los servicios de Hospital de Día Médico (HDM), la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y los Servicios de Atención Domiciliaria de AP. Es una ampliación del proyecto de la encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria y su análisis y metodología es similar a éste.

1.2.1.a Encuesta de satisfacción a los usuarios

El AGS elaborará planes de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los dos últimos años, que incluirán medidas para elevar los niveles de satisfacción.

El AGS analizará todas las preguntas de la encuesta **referidas a su Hospital** y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir las que no superan el 70% de satisfacción.

Por otro lado, el AGS analizará las preguntas referidas al **índice sintético de satisfacción** (Atención, Hostelería y Derechos) y establecerá planes de mejora en aquellas variables cuya valoración sea significativamente baja en relación con el promedio de su grupo hospitalario.

1.2.1.b Encuesta de satisfacción a usuarios de Consultas Externas

El AGS elaborará planes de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los dos últimos años, que incluirán medidas para elevar los niveles de satisfacción.

El AGS analizará todas las preguntas de la encuesta **referidas a sus Centros de Consultas Externas** y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como "debilidades del sistema", es decir las que no superan el 70% de satisfacción.

1.2.1.c Encuesta autocumplimentada al alta hospitalaria

Con el objetivo de monitorizar con carácter permanente las opiniones de las personas que utilizan las zonas de Hospitalización de los Hospitales andaluces, el AGS seguirá potenciando el desarrollo de las **encuestas autocumplimentadas al alta hospitalaria en los diferentes Servicios**.

En 2007 se establecieron importantes mejoras en todo el proceso de recogida de opiniones tras la hospitalización, referidas no sólo a la herramienta en sí (nuevo cuestionario, presentación y formato actualizado), sino también al tipo de análisis realizado. Así, con carácter trimestral y anual, los Hospitales disponen de información cuantitativa y cualitativa a nivel de Servicio, lo que supone disponer de información importante para la mejora continua de los mismos y como herramienta de gestión para la aplicación de planes de mejora y gestión de las UGC y los Servicios.

Estas mejoras se reflejarán en los contratos programa y acuerdos de gestión (documento Anexo a este Contrato Programa) suscritos por el AGS con sus unidades dependientes. El contenido de estos planes de mejora será remitido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria antes de Junio 2008.

1.2.1.d Encuesta autocumplimentada de los servicios de Hospital de Día Médico (HDM), de Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) y de Atención Domiciliaria de AP.

A lo largo de 2008, la DRAC pondrá en marcha un nuevo proyecto de encuesta autocumplimentable que analizará la satisfacción del Servicio de Hospital de Día Médico (HDM), de Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) y de Atención Domiciliaria de AP con el propósito de conocer la opinión y satisfacción directa de estos usuarios y monitorizar los cambios y áreas de mejora en estos servicios.

Así, uno de los objetivos prioritarios que se persigue con estas encuestas es la de explorar las opiniones de lo que más y menos ha gustado, con carácter casi

permanente y que permita detectar y establecer mejoras en aquellos aspectos peor valorados.

1.2.2 Reclamaciones

Durante el período 2005-2008 las AGS utilizarán la información procedente del análisis de las Reclamaciones y Sugerencias como fuente para la mejora continua de la atención al ciudadano.

Se empleará la aplicación informática AGORA de gestión de las reclamaciones en el Servicio Andaluz de Salud.

El AGS mantendrá la Comisión de Seguimiento de las Reclamaciones y Sugerencias y aplicará el procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias de todo el AGS.

Al finalizar cada semestre, el AGS dispondrá de un estudio sobre calidad de las respuestas emitidas y de la evolución de las reclamaciones por motivos, tipo de profesional afectado y tipo de respuesta (Hoja de evaluación semestral de reclamaciones anexa a este Contrato Programa). Se remitirá informe de la evaluación semestral a la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

El equipo de dirección analizará el resumen de las reclamaciones de su Área al menos dos veces al año. Este análisis incluirá los motivos, grupos profesionales afectados, tipo de contestación realizada y medidas puestas en marcha para la mejora identificada a través de las reclamaciones.

Los profesionales afectados por una reclamación conocerán la respuesta que la Dirección del AGS ha emitido al reclamante.

El AGS dará difusión (salvo que el interesado exprese lo contrario) a los reconocimientos realizados por los usuarios o familiares sobre la atención recibida.

1.3 Información, accesibilidad, confort e intimidad

1.3.1 Servicios de Atención Ciudadana

Los Servicios de Atención Ciudadana, como estructuras facilitadoras de las relaciones con los ciudadanos, son un instrumento de vital importancia dentro de la estrategia destinada a que el ciudadano sea el centro del sistema, por lo que se requiere una consolidación y potenciación de dichos servicios.

El AGS continuará el proceso de adaptación de los SAC y atención sanitaria a la realidad intercultural de nuestra comunidad autónoma, con especial énfasis a los servicios de promoción de la salud, salud de la mujer y atención perinatal.

Durante el año 2008 los Servicios de Atención Ciudadana adaptarán su estructura física y su organización funcional, con objeto de mejorar la atención

a la ciudadanía, hacerla más personalizada, que garantice la intimidad, confidencialidad y el confort de las instalaciones, potenciando la imagen corporativa mediante la señalización del SAC, exposición de su cartera de servicios, adaptación del mobiliario e infraestructuras.

El AGS establecerá las medidas oportunas que permitan el desarrollo del Plan de Formación 2008 de la DGAS a los profesionales de los SAC.

A lo largo del 2008 se impulsará la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana de los centros mediante el desarrollo de la Línea Estratégica 1 del Plan de Atención Ciudadana. Se realizará la descripción y actualización de los procesos administrativos de su Cartera de Servicios, el desarrollo profesional, la definición de puestos de trabajo, el mapa de competencias y el plan de formación, la mejora de estructuras y herramientas de gestión.

Los Servicios de Atención Ciudadana podrán suscribir con la Dirección de su AGS el Acuerdo de Gestión por Objetivos (Anexo a este Contrato Programa) para el desarrollo de sus objetivos específicos.

El AGS potenciará el desarrollo de los Servicios de Atención Ciudadana conforme lo establecido en el Plan de Atención Ciudadana del Servicio Andaluz de Salud.

1.3.2 Accesibilidad, confort e intimidad

El AGS desarrollará las medidas que contribuyan a mejorar la calidad percibida por los usuarios en relación con la imagen y el confort de los centros, e irá adaptando tales medidas a las necesidades de los menores:

- Plan de las pequeñas cosas
- Plan de intimidad
- Planes de acogida de los pacientes
- Guías del usuario
- Custodia de documentación clínica
- Centros Libres de Humo

Entre los objetivos mínimos que debe cumplir y mantener el Hospital en relación con el confort, figuran los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas y en el Plan de Intimidad (ambos, Anexos a este Contrato Programa) en los siguientes ámbitos:

- Accesibilidad
- Cartelería
- Condiciones ambientales confortables
- Limpieza
- Mobiliario
- Pequeño equipamiento
- Pintura y revestimientos

– Protocolos

El Área de Gestión Sanitaria dispondrá de un Plan de Acogida dirigido a los pacientes y ciudadanía en general con el objetivo de facilitar la integración del cliente externo a través de la información, recepción, comunicación y respuesta a las demandas que surjan a su paso por los centros sanitarios.

Entre los contenidos que integrará el Plan de Acogida se considerará como elementos mínimos: la Guía de Usuario de cada centro, protocolo para la identificación de los profesionales, sobre custodia de documentación clínica, regulación de las visitas de familiares, información sobre la normas del centro y tener disponible la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía.

El AGS a lo largo del año 2008 y en función de sus características específicas, **establecerá un protocolo para mejorar las visitas de familiares a pacientes hospitalizados**, garantizando en todo momento el descanso, la intimidad de los pacientes y el normal desarrollo de la actividad asistencial.

Contemplará, al menos, los siguientes aspectos:

- Definición de circuitos de acceso al centro y su señalización.
- Protocolo ajustado a las características específicas de los Servicios.
- Sensible a las necesidades específicas y puntuales de los pacientes.
- Elaborado con la colaboración de las personas implicadas en el desarrollo de la estrategia (profesionales, pacientes, acompañantes y familiares), buscando la corresponsabilidad con el Sistema Público.
- Diferenciación clara entre el acompañamiento del paciente, y la regulación del régimen de visitas.
- Identificación personas externas que acceden como visitantes (tarjetas, soporte informático, etc.).
- Establecimiento de franja horaria de acceso y permanencia en el centro (preferentemente en horario de tarde).
- Límite de visitantes por paciente (preferiblemente 2 personas).
- Difusión de la estrategia en todo el AGS, plan de comunicación interna, señalización interna, etc.

Para ello, el AGS podrá utilizar como fuente primaria, la información recogida en las encuestas autocumplimentadas al alta y la información de las reclamaciones y sugerencias, donde los ciudadanos nos expresan entre sus opiniones “uno de los aspectos a mejorar” y que justifican el abordaje de esta estrategia para el 2008.

1.3.3 Información sobre derechos y deberes del usuario

El AGS garantizará la difusión de la información sobre derechos y deberes del ciudadano en el Sistema Sanitario Público.

El AGS promocionará la incorporación del lenguaje no sexista en la documentación y la información dirigida a los ciudadanos.

El AGS, sensible a la diversidad cultural, difundirá la información traducida a varios idiomas, según las necesidades de la población atendida.

El AGS mantendrá en los accesos de todos sus centros, en lugares bien visibles, la “Carta de Derechos y Deberes del Sistema Sanitario Público de Andalucía”. Incorporará la Carta de Derechos y Deberes a las Guías de los usuarios y utilizará también otros formatos para difundirla al máximo entre los usuarios y los profesionales.

En las actividades de formación del AGS para profesionales del Servicio Andaluz de Salud, se incluirán temas relacionados con el marco jurídico y los valores que orientan el modelo de atención sanitaria del SSPA.

1.4 Planes específicos de participación ciudadana

El AGS seguirá potenciando la participación ciudadana en el marco de las líneas estratégicas de actuación del III Plan Andaluz de Salud, II Plan de Calidad y las líneas básicas del Contrato Programa 2005-2008, con el doble interés de informar al ciudadano de sus servicios de forma transparente y de escuchar su opinión y darle participación activa para mejorarlos.

Teniendo en cuenta el creciente número de pruebas sobre los beneficios de la participación de la ciudadanía en políticas de salud y en la toma de decisiones sobre los temas que le afectan, cobra especial importancia abrir nuevas vías o espacios de participación individual y colectiva. El Servicio Andaluz de Salud apuesta por **institucionalizar la participación** potenciando las líneas de participación existentes, creando nuevas fórmulas que permitan a la ciudadanía participar no sólo puntualmente, sino de forma regular en todos los ámbitos. El objetivo es propiciar altos niveles de participación, donde los **ciudadanos estén involucrados activamente, sean copartícipes en las líneas de desarrollo definidas para la participación con los servicios sanitarios**, en la identificación de oportunidades de mejora, análisis de causas y establecimiento de medidas correctoras, así como en la mejora continua de los procesos de atención.

El Área de Gestión Sanitaria desarrollará un Plan de Participación Ciudadana que recogerá diversas formas y estructuras de participación colectiva, dando especial relevancia a las contempladas en el Anexo a este Contrato Programa “Propuesta de iniciativas y acciones de participación”. Para la dinamización y puesta en marcha de este plan el Hospital/Área designará la estructura y persona responsable del mismo.

El AGS mantendrá un banco de medidas de mejora de las actuaciones vinculadas a la participación ciudadana siguiendo el mismo esquema de los años anteriores. Para la identificación de oportunidades de mejora basadas en las expectativas y en la percepción de los ciudadanos, realizará los estudios cualitativos adecuados a tal fin. Las medidas que se consideren más interesantes serán comunicadas a los Servicios Centrales para dar difusión a las mismas.

El AGS impulsará la participación de los ciudadanos en los Comités de Ética de sus centros sanitarios y de voluntariado en actividades de promoción de la salud.

El AGS facilitará la información necesaria para favorecer la transparencia del SSPA, informando sobre la actividad y calidad de los servicios. (Proyecto Transparencia de la Consejería de Salud).

El AGS elaborará un informe anual sobre el progreso de la participación ciudadana en su ámbito de referencia, describiendo brevemente las iniciativas desarrolladas, remitiéndolo a la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

1.5 Derechos sanitarios

Avanzar en el desarrollo efectivo de los nuevos derechos de los ciudadanos, es uno de los grandes retos a los que el SAS quiere responder en el presente ejercicio 2008, ello supone seguir trabajando en otras dimensiones de la vida de los pacientes que no sean exclusivamente lo relacionado con los hechos clínicos, en este contexto hablamos de humanizar la medicina al introducir los valores de la persona en todos los momentos en que se desarrolla el proceso asistencial.

Las AGS desarrollarán estrategias de formación e información a todos sus profesionales, como herramientas para la mejora del desarrollo efectivo de los derechos sanitarios y sus garantías, así como los procedimientos para la gestión eficiente de los mismos.

Derecho a la información

El AGS garantizará el derecho a estar informado con carácter continuado por el profesional que corresponda, favoreciendo en todo momento el conocimiento de su proceso asistencial, la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente.

Libre Elección de Especialista y Hospital

El AGS garantizará el ejercicio del derecho a la Libre Elección de Especialista y Hospital mediante la oferta de sus agendas personalizadas en Diraya.

Voluntades anticipadas

Durante el 2008 el AGS desarrollará las actuaciones necesarias para garantizar la información y los trámites en relación con el derecho de la persona a realizar su Declaración de Voluntad Vital Anticipada, así como la consulta al Registro a los profesionales sanitarios.

Segunda opinión

El AGS colaborará en las medidas adecuadas para hacer efectivo el derecho a la segunda opinión, según la normativa vigente y en su extensión a nuevos procesos asistenciales, estableciendo estrategias de mejora en la gestión del derecho a la Segunda Opinión Médica del ciudadano.

Consentimiento informado

El AGS trabajará para garantizar el desarrollo práctico y fundamental del principio de autonomía de los pacientes en relación al Consentimiento Informado, entendido como un proceso de información continua al paciente que realizan diferentes profesionales, y se refleja siempre en la historia clínica del mismo (Ley básica 41/2002).

El AGS, sin detrimento del proceso de información continua al paciente, velará por la utilización del consentimiento informado, por escrito y de la forma adecuada, ajustándose a la regulación vigente para centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, según se establece en la resolución 223/2002 del Servicio Andaluz de Salud.

El AGS continuará aplicando las medidas sobre Consentimiento Informado de acuerdo a las instrucciones recibidas de la Dirección Corporativa.

Garantías de plazos de espera

El AGS desarrollará las actividades necesarias para el cumplimiento de los plazos de garantía de tiempos de espera quirúrgicos, de consultas externas, pruebas diagnósticas y procesos asistenciales.

Derechos del Menor

El AGS desarrollara las medidas adecuadas que se necesiten para continuar haciendo efectiva las disposiciones contenidas en el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre sobre el ejercicio de los derechos de las personas menores de edad. Fundamentalmente en que la atención sanitaria y los recursos que se utilicen en su atención tengan en cuenta su edad, su género, su personalidad, y condiciones socioculturales, así como todo lo relacionado con el derecho a solicitar y recibir la asistencia sanitaria por si misma, la información en términos adecuados, el consentimiento informado, el acceso a su historia clínica, el acompañamiento, etc.

Derechos que en su mayoría, se regulan en la Ley Básica 41/2002 de la autonomía del paciente y ahora venimos desarrollándolos en el menor.

2 ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Los equipos de Gestión de las AGS serán los que directamente se impliquen en el desarrollo de este apartado del Contrato-Programa. Los Equipos Básicos de AP/Unidades de Gestión Clínica son las Unidades de provisión de que dispone el SSPA en el nivel Primario de Atención, no obstante, para que las actuaciones en materia de Prevención de la enfermedad, Protección y Promoción de la Salud, puedan facilitársele a estos profesionales, es absolutamente esencial que los Técnicos de Salud de cada AGS, ejecuten y se les reconozca la responsabilidad que tienen en el desarrollo de sus funciones, de cara a realizar un análisis epidemiológico de la población de cada AGS, una identificación de los niveles de salud en zonas pequeñas, y de participar activamente y como profesionales de primer orden, en la planificación de los proyectos estratégicos que el análisis anterior ponga de manifiesto en cada AGS.

Los Técnicos de Epidemiología y Programas, los de Educación para la Salud y Participación Comunitaria, los de Salud Ambiental y los del Uso Racional del Medicamento, contribuirán al desarrollo estratégico de las áreas de trabajo integradas en:

- Programas de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación para la salud
- Procesos asistenciales integrados
- Planes integrales
- Enfermedades no transmisibles
- Enfermedades transmisibles
- Plan de vacunaciones de Andalucía
- Alertas sanitarias
- Conocimiento e investigación epidemiológica
- Proyectos de sanidad ambiental
- Programa de uso racional del medicamento
- Formación e investigación en sus áreas de competencia.
- Gestión de la calidad asistencial
- Gestión y mantenimiento de los sistemas de información que soportan su actividad

Cada AGS, deberá realizar un análisis epidemiológico de la misma, proponiendo medidas correctoras de la situación de salud identificada, poniendo en valor para ello, el conocimiento y las competencias profesionales que aportan en cada ámbito de su especialidad, los técnicos de salud del mismo. Este análisis epidemiológico de necesidades específicas en materia de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud será el soporte del desarrollo de líneas estratégicas para los años que recoge este Contrato-Programa.

2.1 Estrategias en salud para la reducción de desigualdades.

Las AGS diseñarán y pondrán en marcha estrategias de acción intersectorial en consonancia con el objetivo 20 del III Plan Andaluz de Salud cuyo contenido es desarrollar una política de reducción de desigualdades sociales en salud, potenciando las intervenciones intersectoriales en el ámbito local para actuar sobre los determinantes y situaciones que generan desigualdades.

Las AGS diseñarán y pondrán en marcha estrategias de acción intersectorial en consonancia con el objetivo 21 del III Plan Andaluz de Salud cuyo objetivo es la atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

Las AGS establecerán mecanismos para la detección de situaciones de riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en el acceso a los servicios, implantando medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades.

Se impulsarán desde las AGS las estrategias de captación activa para la mejora de la utilización de los servicios sanitarios en estos colectivos. Estas estrategias estarán dirigidas especialmente a la mejora de la cobertura de vacunación, promoción de la salud en la escuela, educación para la salud, salud maternal, detección precoz del cáncer, prevención de ETS, planificación familiar, riesgos asociados a las adicciones, hábitos de alimentación e higiene y salud mental.

A lo largo del 2008 las AGS remitirán a la Subdirección de Coordinación de Salud información sobre las iniciativas sociosanitarias que se lleven a cabo en los centros. Desde esta Subdirección, se facilitará el acceso compartido a dicha información, durante el año 2008.

Las AGS promoverán la elaboración conjunta de proyectos comunes entre centros sanitarios instituciones implicadas y ciudadanos, para facilitar la captación y el abordaje intersectorial de los problemas de salud: Proyectos de coordinación, protocolos de atención sociosanitaria, mesas de salud, foros, guías de recursos intersectoriales, informes de prioridad de Trabajo Social y otros instrumentos que mejoren la calidad de vida y el acceso a los servicios sanitarios de estas personas y/o colectivos.

Las AGS facilitarán la flexibilidad horaria necesaria para la realización de actividades con la comunidad.

Especialmente, en relación con las desigualdades territoriales, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria está en marcha una Estrategia de Intervención en Salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social

(ZNTS) que será apoyada desde el AGS por el/la Epidemiólogo/a y el/la técnico/a de Educación para la Salud y Participación Comunitaria.

Para el desarrollo de la Estrategía de Intervención en Salud en Zonas de Transformación Social, dependiendo de la situación de partida inicial de cada AGS y del trabajo ya realizado hasta 2007, las AGS desarrollarán las siguientes líneas de trabajo:

- Identificación de zonas de riesgo sociosanitario. Las AGS, tanto las que actualmente tienen declaradas ZNTS, recogidas en la Resolución 1069/06 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre Zonas Geográficas Preferentes para la Intervención Social en Salud, como los que no las tienen declaradas, identificarán el riesgo sociosanitario a través de la realización de mapas de riesgo, con el objeto de detectar nuevas zonas donde converjan situaciones de exclusión social. Junto con el mapa de riesgo, si es necesario, se diseñará el Plan de Intervención oportuno.
- Plan de intervención. Las AGS impulsarán y apoyarán la realización de Planes de Intervención para las zonas de riesgo social pendientes de identificar, y para las ya identificadas como de Zona de Transformación Social, priorizando las actuaciones en estas últimas. El contenido del Plan de Intervención desarrollará los aspectos recogidos en el Anexo correspondiente.

2.2 Servicios de dispensación de metadona y de cuidados para personas con adicciones

Las AGS participarán activamente en la realización de un estudio de los modelos de actuación específicos dirigidos a personas incluidas en el programa de dispensación de metadona y remitirán la información relativa a los indicadores relativos de SIGAP de dicho programa.

Se incorporará en la atención elementos de personalización, que añadan valor y fomenten la confianza del paciente en el servicio, garanticen la confidencialidad y un plan asistencial orientado a la resolución de problemas, mediante la intervención y/o coordinación, en su caso, con otros servicios o sectores.

Los profesionales del EBAP elaborarán estrategias que aborden los problemas de salud de las personas con adicciones, desde un enfoque multidisciplinar, que integre el apoyo al programa de reducción de daños y riesgos para reducir la morbilidad y mortalidad, previniendo enfermedades infectocontagiosas y mejorando la calidad de vida, incrementando la accesibilidad y el contacto con la red asistencial.

2.3 Enfermedades transmisibles

Red de Alertas de Salud Pública

Durante el año 2008, las AGS contribuirán a la puesta en marcha de la red de atención a las alertas de Salud Pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se garantizará, mediante la participación de los profesionales implicados, la respuesta a todo fenómeno potencial de riesgo para la salud de la población andaluza y/o trascendencia social, frente a la que sea necesario el desarrollo de actuaciones urgentes y eficaces.

Tuberculosis

A lo largo del 2008 el AGS desarrollará la Atención a la Tuberculosis mediante:

- búsqueda activa de contactos
- monitorización del tratamiento
- elaboración de planes específicos de acción en las zonas de alta prevalencia

En los casos bacilíferos se asegurará el seguimiento clínico y la adopción de medidas de aislamiento hospitalario hasta su negativización.

VIH/SIDA

A lo largo de 2008 el AGS seguirá trabajando en la atención al VIH/SIDA según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Asimismo, se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad contenidas en el mismo, prestando especial atención a la devolución de información a AP sobre los enfermos remitidos por el centro de salud. Es fundamental asimismo la recogida de casos y su notificación oficial al Sistema de vigilancia Epidemiológica, tal como indica la legislación vigente.

Brucelosis

A lo largo del 2008 el AGS continuará desarrollando el programa de Atención a la Brucelosis. Asimismo se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las Normas de Calidad contenidas en el mismo.

Sarampión

A lo largo de 2008 el AGS desarrollará las estrategias y acciones contempladas en el Plan de Eliminación del Sarampión, para conseguir su erradicación.

2.4 Seguridad alimentaria y salud ambiental

Seguridad alimentaria y salud ambiental en AP

Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental

El AGS suscribirá un acuerdo de gestión anual con la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental, de acuerdo con el modelo propuesto por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Priorización de Actividades

Para dar respuesta a la cartera de servicios del AGS con los recursos humanos disponibles, la organización funcional de las unidades de trabajo responderá al siguiente esquema, siguiendo las líneas estratégicas marcadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

- Servicios de control permanente establecidos por norma de rango legal.
- Alertas alimentarias y/o ambientales.
- Programas y planes dictados por la Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Actividades a demanda en el marco de las competencias del AGS. (En este epígrafe se incluye la atención a los ciudadanos).
- Actuaciones desarrolladas en el marco del III Plan Andaluz de Salud y II Plan de Calidad
- Tareas relacionadas con los sistemas de información

En el año 2008 se dejarán de realizar aquellas tareas que no siendo competencia del AGS, se vienen desarrollando por acuerdo con otros Organismos o Instituciones. En todo caso, en aquellas situaciones puntuales donde la dotación de recursos humanos lo permita y el AGS tenga un claro interés, previa autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se podrán seguir prestando estos servicios.

Control Oficial

Las AGS priorizarán las medidas intersectoriales necesarias para garantizar la aplicación de la normativa sobre prevención y control de la legionelosis.

Se llevarán a cabo las directrices marcadas por la Consejería de Salud en relación al programa de control de aguas de consumo humano.

Se participará en los grupos de trabajo de evaluación y seguimiento previstos en el Plan de Supervisión de Sistemas de Autocontrol, constituidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.

Se desarrollarán los nuevos Planes de Control de Riesgos Biológicos y Químicos en la Cadena Alimentaria de carácter anual, diseñados por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, en función de los riesgos

asociados al consumo de alimentos y de los resultados de los planes de control de años anteriores.

Mapa de riesgos

Durante el año 2008, se realizará la evaluación del riesgo en el ámbito de la salud ambiental y la seguridad alimentaria, basada siempre en el mejor conocimiento científico disponible.

Se elaborará un mapa de riesgos alimentarios y ambientales de su ámbito con la metodología planteada por la Subdirección de Coordinación de Salud.

Sistemas de información, comunicación y gestión del conocimiento

El AGS remitirá los datos incluidos en el SIGAP a la Subdirección de Coordinación de Salud en los plazos establecidos, utilizando como soporte la base de datos diseñada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Se implantará el SIGIA, en la medida que lo permita la conexión de los equipos informáticos a la red.

Se promoverá y garantizará la generación e intercambio de conocimiento en la organización sanitaria, de forma que se aporte valor a la misma y a cada uno de sus actores clave.

Se continuará impulsando una cultura de toma de decisiones basada en las mejores evidencias disponibles.

El AGS participará en las actividades del Plan de Formación elaborado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

El AGS potenciará la incorporación de las Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental a las estructuras de investigación existentes.

El AGS impulsará, en el marco de los convenios específicos que se firmen con las Universidades andaluzas, la colaboración en materia de investigación sanitaria y en metodología docente en ciencias de la salud.

Calidad

Los procedimientos administrativos relacionados con el ámbito de la protección de la salud, se deben adaptar al ciudadano desde la perspectiva de la personalización de la atención, en el marco elaborado por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud mediante reingeniería de procesos.

Durante el periodo 2005–2008, el AGS garantizará la calidad de las actuaciones en protección de la salud mediante la introducción de estrategias de gestión por procesos.

En el marco del II Plan de calidad, se elaborará un manual de Calidad de los Servicios de Protección de la Salud y habrán de quedar constituidos la totalidad de los grupos de trabajo que realizarán los Procedimientos Normalizados para las actuaciones definidas.

Red de alerta

Las Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental de las AGS participarán de forma activa en la red de alerta de Salud Pública.

Las AGS continuarán la implantación del Sistema Integral de Alertas.

Coordinación municipal

La Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud articularán planes para la coordinación de los recursos y servicios de Salud Pública con los Ayuntamientos.

Se deberán establecer medidas y criterios de coordinación, colaboración y comunicación, con los Ayuntamientos, para la totalidad de planes y actuaciones que el ámbito de la Promoción y Protección de la Salud se ejecuten en el marco municipal.

Se establecerán, con los Ayuntamientos, medidas para la implantación y actualización del Registro de Instalaciones de Riesgo como fuente de legionelosis.

Se establecerán protocolos de coordinación con Ayuntamientos excepcionados (Granada, Málaga y Sevilla).

Seguridad alimentaria en AE

En el periodo 2005 – 2008 todos las AGS deberán tener implantado un Sistema de Autocontrol de cocina basado en los principios del APPCC de su actividad de restauración colectiva.

Para elaborar e implantar el Sistema de Autocontrol podrán contar con la colaboración de la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental de su ámbito.

En la viabilidad del Sistema de Autocontrol y su posterior supervisión una vez implantado, deberá participar un profesional de la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental distinto del que haya colaborado en su puesta elaboración / implantación.

En 2008 se organizará desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria un curso dirigido a los responsables de las cocinas de los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud que no tengan implantado el Sistema de Autocontrol, en 2008 se elaborará el Sistema de Autocontrol y en 2009 se implantará.

2.5 Salud sexual y reproductiva

Se continuará apoyando el desarrollo de la planificación familiar, mejorando la cobertura de este servicio, especialmente en los colectivos de mayor riesgo.

Se ofrecerá a la población que lo solicite anticoncepción de urgencia, y se le facilitará asesoramiento sobre anticoncepción.

Se procederá a la atención, de manera especial, al embarazo y puerperio según la sistemática recogida en el proceso asistencial.

El AGS difundirá la Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud entre sus profesionales, de manera que sirva de apoyo en el proceso de información a los ciudadanos que consultan por problemas de fertilidad.

2.6 Plan de vacunaciones de Andalucía

El AGS garantizará que se aplica el calendario vacunal vigente en Andalucía en sus centros e incorporará las modificaciones que se produzcan; asegurando la cobertura de la población diana para lo que establecerá estrategias de captación activa haciendo especial hincapié en la población más vulnerable y en situación de exclusión social.

En el año 2008 la cobertura vacunal deberá alcanzar un mínimo del 96% de vacunación completa, según el calendario vacunal infantil vigente.

Las vacunaciones que se deben realizar a los niños de 6 y 14 años se ofertarán en el ámbito escolar como método adecuado para aumentar la captación de vacunados de esos niños (1º y 2º de ESO). Respecto a la vacunación frente a la varicela (niños de 12 años con indicación de vacunación), se recomienda la captación de los niños en la escuela, aunque la vacunación podría realizarse en el punto de vacunación si se considera más eficiente.

El AGS pondrá los medios para alcanzar la cobertura de vacunaciones no sistemáticas que se fijan en el Anexo correspondiente, especialmente para los colectivos de mayor riesgo, y procurando conseguir la vacunación completa en las vacunas que requieren más de una dosis: tétanos, difteria y hepatitis B.

La población diana de la vacunación antigripal será la definida por el Consejo Interterritorial del SNS para la campaña 2008-2009. Se prestará especial atención y apoyo a los profesionales que pertenecen a la red de médicos centinela de la gripe, poniendo a su alcance los medios necesarios para llevar a cabo su labor.

2.7 Atención a polimedicados

El AGS realizará un especial seguimiento de los pacientes polimedicados y establecerá un procedimiento de trabajo, en el que se incluirá la colaboración

interniveles, para analizar la idoneidad de la medicación y pautas de tratamiento de estos pacientes.

2.8 Atención a la mujer y al niño

El AGS asegurará la coordinación interniveles y la existencia de protocolos de derivación desde AP para la atención quirúrgica de los procesos relacionados con la **anticoncepción**, que serán atendidos con los mismos criterios de prioridad establecidos para la lista de espera quirúrgica.

En el marco establecido por el decreto 101/1995 de 18 de abril, el AGS desarrollará los mecanismos necesarios para el efectivo ejercicio de los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el nacimiento, consolidando la oferta de analgesia y otros aspectos según criterios establecidos en el documento de Estrategia para la Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, del Consejo Interterritorial.

El AGS asegurará la toma de muestras para el **cribado de metabolopatías** a todos los recién nacidos, para la detección precoz de Hipotiroidismo. La muestra se tomará en el formulario habilitado para el mismo (dos sobres y dos fichas para recogida de datos). A la vez se informará a la madre o familia del recién nacido de la necesidad de acudir al centro de AP para la toma de la 2ª muestra, con la parte del formulario para detección de fenilcetonuria y que se entregará en el mismo AGS.

El AGS asegurará la **vacunación de HB** a todos los recién nacidos informando sobre la pauta a seguir fundamentalmente en los casos de hijos de madres portadoras.

El AGS desarrollará las actividades necesarias para promover la **lactancia materna** y asegurar a las madres que lo deseen, apoyo y adiestramiento en la técnica del amamantamiento.

Los hospitales de Puerto Real, Infanta Elena, Infanta Margarita, La Axarquía, Úbeda, Baza, San Cecilio, Torrecárdenas y Virgen del Rocío, desarrollarán las estrategias de mejora que se establezcan en el Proyecto de Mejora de la Atención Perinatal fruto del Convenio de Colaboración entre la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se garantizará el derecho de los menores con riesgo de haber sufrido malos tratos o cualquier forma de abuso sexual, a ser explorados por personal especializado, facilitando el necesario apoyo psico-terapéutico para reducir o paliar el daño producido (Decreto 42/2002 sobre desamparo, tutela y guarda del menor, art. 15).

En los casos de menores que sufren maltrato, se garantizará el derecho a la protección inmediata, la atención adecuada, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de informes técnicos necesarios para la intervención de otras instancias o instituciones. Se cumplimentará el parte de lesiones y los informes clínicos necesarios, reflejando las lesiones físicas y el

estado psicológico del menor así como la “hoja de detección y notificación de maltrato infantil” (Orden de 23 de junio de 2006, BOJA nº 130 de 7 de julio). La cumplimentación de esta hoja no exime de la emisión del preceptivo parte de lesiones cuando se considere necesario.

Se garantizará el derecho de los menores con riesgo de haber sufrido malos tratos o cualquier forma de abuso sexual, a ser explorados por personal especializado, facilitando el necesario apoyo psico-terapéutico para reducir o paliar el daño producido (Decreto 42/2002 sobre desamparo, tutela y guarda del menor, art. 15).

Durante el 2008 se completará y consolidará la implantación del Programa de Hipoacusia Infantil distribuido por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, en todos los Hospitales.

Durante el año 2008 el AGS desarrollará los aspectos contenidos en el Decreto 246/2005, 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 de Salud de las personas menores de edad. En particular, articulará las medidas necesarias para garantizar **una atención integral al niño hospitalizado**, disponiendo de espacios diferenciados para la hospitalización de recién nacidos, lactantes, preescolares y escolares, adaptados a sus necesidades. Se adecuarán los procedimientos asistenciales y el trato de los profesionales a las características, necesidades y derechos específicos de los menores. En cada AGS se nombrará o consolidará la comisión de mejora de la calidad asistencial a menores.

2.9 Actuación sanitaria en los casos de violencia de género

Se garantizará el derecho de las mujeres víctimas de violencia de género a ser atendidas de forma inmediata, y preservando la intimidad y confidencialidad de las actuaciones.

Durante el año 2008:

- Se desarrollará un protocolo específico de detección precoz y atención a mujeres que sufren maltrato y/o agresiones sexuales que incluya la derivación a los servicios especializados que se requieran, tomando como base el **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**.
- Se solicitará la presencia del forense en caso de agresiones sexuales u otras graves que lo precisen, para exploración conjunta.
- Cumplimentación del parte de lesiones e informes clínicos cuando sea necesario, reflejando las lesiones físicas y el estado psicológico.
- Registro de nº partes y evaluación semestral.

2.10 Atención a los problemas de salud de los jóvenes

A lo largo de 2008 todas las AGS aplicarán las acciones sanitarias priorizadas en el Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes, y una implantación progresiva del programa “Aprende a sonreír” en los centros de educación infantil y/o primaria.

Se trabajará de forma conjunta y ágil con los centros educativos de la zona para la implementación del programa “Forma Joven”, prestando la colaboración activa y eficaz que necesitan los centros educativos para conseguir los objetivos del programa.

Asimismo se desarrollarán medidas con la comunidad educativa en otros aspectos de promoción de la salud, conductas de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

El AGS desarrollará las actuaciones contenidas en el Plan de Atención a la Salud de los Jóvenes, y garantizará la dispensación de **anticoncepción poscoital de emergencia** durante los siete días de la semana, sin que el derecho de las mujeres a utilizarla sea interferido por el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales.

2.11 Atención a personas inmigrantes

La población inmigrante presenta aspectos sociales y demográficos muy heterogéneos según la zona geográfica donde está ubicada, sobre todo por la edad, el sexo, la nacionalidad de origen y la situación de normalización documental.

Por ello el AGS:

- adecuará la atención sanitaria que presta a este grupo de población a las características diferenciadoras citadas según el centro sanitario.
- contribuirá a proporcionar la información necesaria sobre la accesibilidad al sistema sanitario de todas las personas inmigrantes, en especial a aquellas que se encuentran en situación no normalizada, derivándolas a los dispositivos de AP para la emisión del Documento de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria.
- Ofertará la atención de los diferentes programas de salud, especialmente de aquellos centrados en la familia, la mujer, los niños y los adolescentes.

El AGS registrará toda la información relativa a la asistencia sanitaria prestada a esta población, en particular la cubierta por el Documento de Reconocimiento Temporal, y la suministrará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria con periodicidad anual.

3 ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

3.1 Accesibilidad

La accesibilidad a los servicios sanitarios públicos es un principio básico de equidad que define a nuestro SSPA. Asegurar que cualquier ciudadano reciba la atención que necesita en el momento apropiado de la historia natural de su proceso, garantiza la calidad asistencial y los buenos resultados.

Por tanto, el AGS adoptará las medidas necesarias para alcanzar la accesibilidad óptima. Para ello, debe potenciar el trabajo en equipo de todos sus profesionales; debe fortalecer la interrelación y la complementariedad en cuanto a competencias profesionales, conocimientos y responsabilidad, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios para los ciudadanos.

En el ámbito de la asistencia especializada, las actuaciones realizadas se encaminarán fundamentalmente a cumplir con los **decretos de garantía de plazos de respuesta** (Decretos 209/01 y 96/04).

- Adecuar los horarios de atención a la ciudadanía a la realidad de sus necesidades, para lo cual es necesario establecer un **horario de funcionamiento continuado (de mañana y tarde)**.
- Potenciar el **acto único / alta resolución**. Esto supone la realización de todas las consultas y actividades de los diferentes profesionales en una misma jornada, con una única cita, hasta posibilitar el diagnóstico y establecimiento de un plan terapéutico.
- Optimizar las agendas
- Se establecerá las bases que permitan el **recordatorio de la fecha de la cita** a través de SMS, con el objeto de disminuir el porcentaje de no presentados.
- Se diseñará un procedimiento para asegurar que aquellos pacientes que quieran **anular una cita, puedan hacerlo utilizando el número de teléfono** que se facilita para ello en el documento donde se comunica la cita. Ello permitirá reutilizar el hueco de la agenda que ha dejado el paciente y con ello maximizar las agendas además de favorecer la comunicación de los usuarios con su centro.
- Impulsar la atención domiciliaria. Uno de los aspectos clave aquí es el apoyo a las personas cuidadoras, por lo que se deben priorizar medidas de discriminación positiva dirigidas a las personas cuidadoras de grandes discapacitados. Estas tratarán fundamentalmente de **facilitar el acceso a los profesionales y la gestión de trámites** (coordinación de citas y pruebas complementarias, circuitos diferenciados para traslados en ambulancias) por ser los aspectos más demandados según ponen de

manifiesto los resultados obtenidos en estudios con metodología de grupo focal realizados en nuestro ámbito.

Estas actuaciones requieren de la coordinación de las actividades de los diferentes profesionales y niveles de atención. Requiere asimismo, readaptar los sistemas de citación, y realizar una planificación operativa adecuada. El AGS debe hacer especial énfasis en el establecimiento y cumplimiento de protocolos de indicación tanto de interconsultas, como de pruebas diagnósticas y de intervenciones quirúrgicas. Estas indicaciones deben ser establecidas y consensuadas con los clínicos de todas las áreas de conocimiento implicadas, con elevada participación de los profesionales de AP.

En el ámbito de la AP, el AGS debe desarrollar un modelo compartido y cohesionado del trabajo de los profesionales en su actividad asistencial, planificando estrategias específicas en dos escenarios: en el centro de salud y en el domicilio. Para ello, se potenciarán las medidas organizativas que sean necesarias, incluidas la gestión de las agendas de médicos y enfermeras, contemplando de forma individualizada los tiempos de consulta y su interrelación, y se pondrán en marcha y/o potenciarán las siguientes medidas:

- **Consulta de acto único**, entendida como “aquella que permitirá que, en el mismo día, el paciente sea visto, se le realicen las correspondientes pruebas diagnósticas, se le proporcione un diagnóstico e incluso una propuesta terapéutica cuando sea necesario”.

El acto único imprime agilidad al proceso de atención al paciente. Es imprescindible que cada unidad adapte esta definición a su entorno - de acuerdo con los servicios que presta- y la haga explícita.

- **Tiempos de espera.** La accesibilidad es uno de los factores que más influye en la calidad de los servicios sanitarios; es uno de los pilares de gestión al que debemos dirigir las estrategias que sean necesarias para mejorar la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios que prestamos.

En el campo de la accesibilidad, el AGS, garantizará que no existan demoras en la asistencia sanitaria de los ciudadanos por parte de los médicos y enfermeras y pondrá en marcha las medidas organizativas y formativas necesarias. Se define la demora como la diferencia entre el día solicitado por el ciudadano y la cita obtenida en el Centro de AP. Se considera que existe demora, cuando esta diferencia sea superior a 24 horas.

El AGS velará por que los profesionales, tengan unas Agendas que garanticen la posibilidad de acceder el ciudadano cuando lo solicite y que se le dedique el tiempo necesario para la resolución de su problema de salud.

El AGS garantizará la accesibilidad a la atención urgente, la calidad del triage y los tiempos de respuesta, en base a las prioridades establecidas

según los protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del SSPA.

- **Técnicas de gestión de la demanda.**

El AGS tendrá como una de sus prioridades, la formación de sus profesionales en el manejo de las herramientas existentes para la gestión de la demanda, para lo cual debe conseguir que todos los profesionales se formen durante el periodo 2005-2008 y la elaboración de planes de actuación dirigidos a la consecución de los objetivos de accesibilidad.

Entre los objetivos de esta dimensión se encuentra la adecuación de la Frecuentación de los pacientes a los Centros de Salud.

- **Sectorización**

El AGS tenderá a la sectorización geográfica de los cupos de ciudadanos adscritos a efectos de la asistencia sanitaria a los médicos y enfermeras de los centros de AP. En este sentido se procederá a sectorizar los cupos médicos para aproximarlos a la organización territorial de la enfermería y obtener de esta manera una más intensa labor de equipo. El proceso administrativo de cambio de profesional adscrito se intensificará cuando se produzca un cambio de médico o enfermera por cuestiones de traslados, oposiciones u otras razones administrativas.

3.2 Accesibilidad en el Área Quirúrgica

En el periodo de vigencia de este contrato programa el AGS mantendrá la situación alcanzada en los tiempos de espera quirúrgicos. Ningún paciente esperará más de 180 días para ser intervenido por un procedimiento de los recogidos en el Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta.

Deberá garantizarse el plazo máximo de respuesta de 120 días para los procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006.

Deberá intervenirse antes de los 60 días la patología coronaria y la patología valvular cardíaca.

Los procedimientos relacionados con la creación de un acceso vascular para diálisis renal deberán ser intervenidos ajustándose a los plazos establecidos por el Proceso Asistencial "Insuficiencia Renal Crónica".

El AGS potenciará la Comisión de Programación Quirúrgica.

El AGS deberá ajustarse a las instrucciones que se remitirán desde estos Servicios Centrales, relativas a la inscripción en la Aplicación para la Gestión de la Demanda, de todos los procedimientos que sean susceptibles de ser realizados en un quirófano (quirúrgicos o no quirúrgicos) y de todos los procedimientos quirúrgicos que puedan realizarse fuera de un quirófano. Esta

modificación, se debe a la necesidad de iniciar la programación de los partes quirúrgicos de forma informatizada a través de la propia aplicación.

Estos nuevos procedimientos se incluirán en estadísticas diferenciadas, por tanto no interferirán en la Lista de Espera Quirúrgica (Anexo al CP), pero si nos permitirá obtener una mayor información de los mismos.

Además se prestará una especial atención al trabajo que desarrolle la Comisión de Indicaciones, que estará orientado a las actuaciones dirigidas a la reducción de la Variabilidad en la Práctica Médica (VPM), en una faceta concreta que son las Indicaciones Quirúrgicas.

Para el análisis de las indicaciones quirúrgicas del AGS serán utilizadas como referencia las tasas de indicación quirúrgica estandarizadas por procedimiento y por grupo de Hospitales y las tasas de indicación históricas de cada Hospital, elaboradas por la Dirección Regional de Producto Asistencial.

Para la toma de decisiones relacionada con el Área Quirúrgica de Lista de Espera se aconseja el uso de la herramienta COHEASIST, la cual se actualiza mes a mes y proporciona información comparada con el resto de hospitales del grupo al que se pertenece, mediante los Indicadores elaborados (IINDA, ISA, ISAP).

En el caso de realización de actividad extraordinaria mediante equipos móviles o autoconcierto, se aplicarán los criterios reflejados en el "Documento de Regularización de la actividad Extraordinaria y medidas de coherencia".

Para aumentar la efectividad y la eficiencia se impulsará:

- La Cirugía Mayor Ambulatoria y la cirugía programada con ingreso; reduciendo paralelamente las intervenciones urgentes diferidas.
- La resolución en AP de los procesos susceptibles de Cirugía Menor Ambulatoria.
- La reducción del porcentaje de **intervenciones suspendidas**.

La disminución de la estancia media preoperatoria para las intervenciones programadas ajustándose a los objetivos establecidos en este Contrato Programa.

El AGS tendrá una ratio de entradas / salidas en Registro de Demanda Quirúrgica inferior a uno. En general el objetivo de incremento de volumen de pacientes es una reducción del 3%, pero este objetivo se ajustará a cada Hospital dependiendo de la evolución de los últimos años (Cuaderno de Gestión Quirúrgica). Los incrementos superiores sólo se podrán justificar por modificaciones de la población adscrita al AGS.

El AGS se ajustará a las directrices establecidas en el Manual de Procedimiento de AGD, en lo referente a las Suspensiones Temporales (Documento 7 de cambio de estado, pág. 45).

No se deberá superar el porcentaje de pacientes en situación de suspensión temporal establecido en los Anexos de este Contrato Programa para cada tipo de Hospital.

Serán sometidos a evaluación mediante auditorías sistemáticas, los procedimientos y circuitos relacionados con AGD de todos los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Se dedicará especial atención a la actividad relacionada con los Equipos Móviles y el Autoconcierto.

Durante el periodo 2005-2008 se mantendrá la política de transparencia al ciudadano, con la publicación en la página Web de los tiempos de espera por procedimiento y especialidad que se establezcan por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud.

3.3 Accesibilidad en el Área de Consultas

El Decreto 96/2004 regula los plazos de garantías de respuesta en atención a determinados procesos asistenciales y procedimientos diagnósticos, así como a las primeras consultas especializadas, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El cumplimiento de estos plazos constituye un reto que obliga a intensificar la colaboración interniveles.

Se acordará, para el año 2008, la demanda de primeras consultas desde AP para cada especialidad teniendo en cuenta la prevalencia de las distintas patologías, los flujos poblacionales, los datos históricos de frecuentación y los estándares estimados por especialidad y 1000 TAEs. Este Acuerdo será revisado continuamente por la comisión de Continuidad Asistencial.

Los dispositivos de AP se comprometen a que su demanda no supere el nivel de consultas fijado, y los estándares que se han marcado, para lo cual pondrán en marcha y/o reforzarán las medidas reflejadas en el Plan de Racionalización de la Demanda de Interconsultas que deberá mantener actualizado en todo momento, en función de los resultados y de la evaluación continua

Las Comisiones de Calidad deberán evaluar la pertinencia de las derivaciones, promover la implantación de Grupos de Mejora y detectar déficit de conocimientos y/o habilidades de sus facultativos y poner en marcha un plan de formación específico.

Se consolidará la implantación del Comité de Mejora en el Área, a través del cuál se observará la evolución de los pactos de derivación de consultas, estableciendo reuniones con carácter trimestral.

Todas las consultas solicitadas desde los profesionales de AP serán tramitadas lo más pronto posible, asignándoles citas en las agendas de las especialidades o difiriéndolas al Hospital, para su posterior citación desde éste.

Los operadores de DIRAYA en AP sólo podrán generar solicitudes con CNPs de facultativos de AP y únicamente con las tareas de Primera Consulta procedente de AP y Acto Único procedente de AP.

Los operadores de DIRAYA en Atención Hospitalaria sólo podrán utilizar solicitudes generadas con CNPs de FEAs y no generarán solicitudes de PCAP ni de consultas de Acto Único procedentes de AP. No obstante, para subsanar errores cometidos en las solicitudes de AP, se creará un perfil en Atención Hospitalaria que podrá utilizar solicitudes con CNPs de Facultativos de AP. Este perfil será autorizado por la Dirección Regional de Producto Asistencial.

No habrá pacientes con cita asignada por encima de 60 días y sin cita asignada por encima de 30 días desde la fecha del registro de la solicitud, en las especialidades incluidas en el Decreto:

- Oncología Médica
- Obstetricia
- Hematología
- ORL
- Psiquiatría y Salud Mental
- Neumología
- Aparato Digestivo
- Cirugía General y Digestiva
- Medicina Interna
- Pediatría
- Urología
- Rehabilitación
- Dermatología
- Cardiología
- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Neurología
- Nefrología
- Endocrinología
- Ginecología
- Oftalmología

El AGS mantendrá en todo momento abiertas las agendas de las consultas de las especialidades incluidas en el Decreto 96/2004, como mínimo para los 60 días siguientes, con el objeto de posibilitar el acceso a AP a la citación de los pacientes.

El AGS gestionará las agendas de citación de AE de consultas procedentes de AP, con el objetivo de que al 60% de ellas se les asigne cita en los tramos de 0 a 40 días. Los Hospitales que hayan alcanzado este 60 % en el 2007, mantendrán el % alcanzado.

El AGS gestionará el 100% de las citas procedentes de AP, las intrahospitalarias (interconsultas) y las citas sucesivas, a través del módulo de citación de la aplicación DIRAYA.

El AGS realizará, en la Plataforma INFHOS, un seguimiento semanal de las solicitudes de Consultas de especialidades incluidas en el Anexo II del Decreto 96/2004, que estén en situación de pendientes de asignación de cita (diferidas) y con tiempos de espera superior a 30 días desde la fecha de inicio de la demora, con el objetivo de asignar una cita en plazo.

La gestión de citas procedentes de AP para pacientes identificados como cuidadores de grandes discapacitados deberá realizarse de acuerdo con sus preferencias y necesidades.

Se garantizará la Libre Elección de Especialista y Hospital, mediante la apertura de al menos una agenda por cada una de las especialidades sujetas al Decreto de Garantía, con el objetivo de que los ciudadanos puedan ejercer este derecho.

Se fomentarán las Consultas de AE en Acto Único, incluyendo esta tarea en las agendas del módulo de citación y ofertándola a AP. El 10% de la actividad de consultas procedentes de AP, se realizarán a través del modelo de ACTO ÚNICO.

Se desarrollaran agendas con la tarea PROCESOS en sus módulos de citación de AE de la aplicación DIRAYA, ofertándolas a AP.

Se asignarán citas de AE a los pacientes para la tarea RECOGIDA DE RESULTADOS en un plazo no superior a los 45 días desde la fecha en la que el facultativo prescribió las pruebas diagnósticas.

Se tendrán identificadas las agendas de AE de actividad por Continuidad Asistencial y de Actividad Extraordinaria, tal como recogen las instrucciones remitidas desde la DRPA. La actividad por Continuidad Asistencial deberá alcanzar el 6% respecto al total de la actividad Ordinaria.

Se establecerán las bases que permitan el recordatorio de la fecha de la cita a través de SMS, con el objeto de disminuir el porcentaje de no presentados.

Se fomentará el uso del teléfono para que los pacientes puedan anular citas con fecha asignada y se les comunique otra nueva en tiempo y forma.

El AGS se ajustará a los objetivos que se establezcan en el plan pormenorizado de los Cuadernos de Gestión.

3.4 Accesibilidad en el Área Pruebas Diagnósticas

No habrá pacientes con cita asignada por encima de 30 días y sin cita asignada por encima de 10 días desde la fecha del registro de la solicitud, en los Procedimientos diagnósticos incluidos en el Decreto:

- Arteriografía utilizando medios de contraste
- Cateterismo cardíaco

- Ecocardiografía
- Monitorización cardiaca
- Pruebas de esfuerzo
- Endoscopia digestiva, vía oral
- Endoscopia digestiva, vía rectal
- Endoscopias respiratorias
- Endoscopias urológicas
- Examen genital femenino
- Gammagrafías
- Colangiografías
- Radiología digestiva
- Mamografías
- TAC
- RNM
- Ultrasonografías
- Urografías
- Pruebas funcionales respiratorias
- Radiología simple
- Determinaciones analíticas
- Determinaciones básicas de anatomía patológica

El AGS gestionará en DIRAYA el 100% de sus agendas de pruebas funcionales incluidas en su cartera de servicios.

Se registrarán en soporte informático todas las demás pruebas radiológicas incluidas en su cartera de servicios afectadas por el Decreto de Garantía. Se remitirá semanalmente (martes) a estos SSCC la información de sus respectivos RIS, a través de los procedimientos establecidos en la plataforma INFHOS.

Se deberán programar las agendas de las pruebas diagnósticas afectadas por el Decreto 96/2004 con una antelación de doce meses.

Se gestionarán las agendas de citación de pruebas diagnósticas, con el objetivo de que al 50% de las solicitudes se les asigne cita en el tramo de 0 a 15 días. Los Hospitales que hayan alcanzado el 50 % en el 2007, mantendrán el mismo valor.

Se continuarán utilizando los protocolos de indicación de pruebas diagnósticas elaborados por el Servicio Andaluz de Salud en colaboración con las Sociedades Científicas correspondientes

Se remitirán desde los HIS todas los movimientos (entradas y salidas) de Pruebas Diagnósticas y Funcionales habidas semanalmente. La información de Pruebas remitidas abarcará la integridad de las correspondientes a su cartera de servicio.

Se tendrán identificadas las agendas de actividad por Continuidad Asistencial y de Actividad Extraordinaria, tal como recogían las instrucciones remitidas

desde la DRPA. La actividad por Continuidad Asistencial deberá alcanzar el 6% respecto al total de la actividad de PP.DD.

Se tomarán medidas para que las pruebas diagnósticas cuya realización se ha practicado con una demora de 0 días, solo correspondan a la actividad realizada a través de Acto Único y de Radiología simple.

Ser registrarán los volúmenes de pacientes pendientes, dado que el análisis de las salidas de Pruebas Diagnósticas presenta demoras en su realización.

Se informará a los servicios que no utilicen el modulo de DIRAYA para la citación de pruebas diagnósticas, la obligación de mantener archivadas en dicho servicio, durante un mínimo de 12 meses, las copias de las solicitudes, con el objeto de conocer la fecha de solicitud de dichas pruebas.

Aquellos hospitales que utilicen sus RIS para la gestión de citas y que estas aplicaciones sólo posean las fechas de grabación de solicitud y las de asignación de cita, deberán coincidir la fecha de grabación con la fecha de solicitud prescrita por el FEA, con el objetivo de conocer las demoras de pacientes pendientes.

Se comunicará a los servicios que realicen pruebas diagnósticas la obligación de remitir los informes clínicos, a los facultativos solicitantes de dichas pruebas, en un plazo máximo de 15 días.

Se realizará un seguimiento diario de las alertas en la Plataforma INFHOS de las solicitudes de pruebas diagnósticas contempladas en Anexo III del Decreto 96/2004, que tengan cita asignada superior a 30 días desde la fecha de inicio de la demora, con el objetivo de asignar una nueva cita en plazo.

Se realizará, mediante la Plataforma INFHOS, un seguimiento diario de las solicitudes de pruebas diagnósticas incluidas en el Anexo III del Decreto 96/2004, que estén en situación de pendientes de asignación de cita (diferidas) y con tiempos de espera superior a 10 días desde la fecha de inicio de la demora, con el objetivo de asignar una cita en plazo.

El AGS proporcionará al usuario una copia debidamente cumplimentada y fechada del documento de solicitud disponible en DIRAYA para pruebas diagnósticas incluidas en el Anexo III del Decreto 96/2004.

3.5 Gestión Clínica

A lo largo de 2008, el Servicio Andaluz de Salud continuará impulsando el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica existentes y la creación de otras nuevas.

La gestión clínica constituye tanto una herramienta para impulsar la mejora de la calidad en la atención sanitaria en el SSPA como el ámbito idóneo donde implantar las políticas y objetivos estratégicos de la organización. Una de sus principales características es que permite dotar al profesional de una mayor

autonomía organizativa y paralelamente de una mayor responsabilidad en la gestión de los recursos.

Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la ciudadanía, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como el uso de herramientas que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc.) Con esta perspectiva, el modelo de gestión clínica puesto en marcha mediante la creación de Unidades de Gestión clínica (UGC) en los diferentes centros del Servicio Andaluz de Salud pone el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, fundamentándose en el fomento del liderazgo clínico, la incorporación de la opinión del ciudadano, la transparencia y el impulso de la investigación y el desarrollo.

El Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica (Anexo a este Contrato Programa) es el documento que formaliza el compromiso de los profesionales con la Dirección de su centro. Se trata de un documento que ha de servir como marco para recoger las líneas estratégicas de la Organización y permitir a las diferentes unidades de gestión clínica ver reflejados sus elementos comunes y sus rasgos distintivos para que puedan verse reconocidas. Este Acuerdo de UGC tiene una vigencia de 4 años y supone la autorización de la unidad por dicho lapso de tiempo. Sus tres apartados fundamentales son:

- Descripción de la UGC, en él cada unidad debe definir “qué es” y “qué hace”, prestando especial atención a los principales problemas de salud que atiende, al tipo de pacientes y familiares, a otros profesionales con los que ha de establecer colaboraciones para desempeñar correctamente su labor y a los recursos con los que cuenta.
- Objetivos, en éste apartado los objetivos se agrupan en las siguientes dimensiones: actividad y rendimiento, accesibilidad, seguridad del paciente, indicadores clínicos y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, continuidad asistencial, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de fármacos y procedimientos, gestión económica y dimensiones de libre configuración. La necesidad de fijar objetivos en estas dimensiones viene determinada por el tipo de unidad (médica, quirúrgica, mixta, diagnóstica, de farmacia, de salud mental, cuidados críticos y urgencias, etc.). Con la selección de sus objetivos la UGC establece “qué se propone mejorar”, dentro del marco de las líneas y objetivos estratégicos de la organización sanitaria pública (Contrato-Programa, Planes Integrales, Planes Horizontales de Gestión, Procesos Asistenciales Integrados, etc.). Tales objetivos deben ser ambiciosos pero alcanzables, medibles, y deben reflejar fielmente la práctica asistencial.

- Evaluación, aquí la UGC define cómo va a monitorizar el cumplimiento de sus objetivos, qué indicadores va a utilizar, cuáles son sus fuentes de información y qué método empleará. La evaluación de objetivos es anual.

La Dirección del AGS debe remitir a la DGAS, una vez ratificados y firmados por su titular, los acuerdos de gestión de las nuevas UGC. Remitirá también los objetivos para 2008 de las UGC existentes, junto a la evaluación de los objetivos del ejercicio 2007. El plazo terminará el 29 de febrero de 2008.

La autorización y consolidación de Unidades de Gestión Clínica exige que desde los equipos directivos se asegure el soporte necesario para facilitar el desarrollo del Acuerdo de Gestión Clínica (niveles de accesibilidad, calidad de los sistemas de información, grado de implantación de procesos asistenciales, gestión económica, gestión del conocimiento y otros). **Se trata de facilitar los mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de corresponsabilidad a las Unidades de Gestión Clínica.** En este sentido es de especial relevancia el avance decidido en el uso y explotación de los sistemas de información y en el desarrollo de los presupuestos clínicos.

En general, el equipo directivo del centro, en el ámbito de las UGC debe:

- Valorar y decidir qué UGC deben constituirse en sus centros.
- Transmitir la promoción en su centro la cultura de gestión clínica.
- Colaborar en la preparación y desarrollo de aquellas actividades formativas que la DGAS programe en el área de gestión clínica.
- Facilitar los apoyos a las actividades formativas de régimen interno que programen para sus profesionales las direcciones de las UGCs de su Centro.
- Participar activamente en las reuniones de consenso e identificación de áreas de mejora por tipo de UGC y el resto de iniciativas relacionadas.
- Participar y coordinar el proceso de evaluación anual de las UGCs del Centro así como remitir los resultados del mismo antes de 29 de febrero a la DGAS para la determinación de los incentivos que pudieran corresponder.
- Sugerir aquellas mejoras en la fiabilidad, equidad y homologación en los sistemas de registro, recogida de datos o información locales, que se consideren necesarios para evaluar indicadores de sus UGCs que lo precisen para su medición.
- Seleccionar las propuestas de indicadores en base a las normas que se incluyen en el modelo Anexo de Acuerdo de UGC y remitirla a la DGAS.

3.6 Gestión por Proceso Asistencial Integrado

La Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye, junto a la Gestión Clínica una herramienta básica de trabajo, para garantizar la calidad de las prestaciones en el SSPA. Su desarrollo en el Sistema Andaluz de Salud, avala la continuidad asistencial entre AP y Hospitalaria.

El AGS continuará desarrollando las líneas de actuación iniciadas en años anteriores y deberá tener un mínimo de 22 procesos asistenciales implantados a finales de 2008, y los de nueva incorporación acordados en el presente

Contrato deberán estar en fase 1 al finalizar el año. Los criterios de priorización se establecen en las tablas 1 y 2. Estos procesos se deberán implantar siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del SSPA, y las directrices dadas desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud.

En el presente Contrato se contempla la introducción de procesos de soporte (tabla 3) cuya implantación se realizará en las unidades correspondientes.

El AGS deberá articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en las comisiones mixtas interniveles, fijando un calendario anual de reuniones con actas que recojan los temas abordados y acuerdos alcanzados.

El AGS participará en los Grupos de Desarrollo de Procesos que deberán constituirse en el Área Hospitalaria, con profesionales de ambos niveles asistenciales, para la implantación de cada uno de los procesos asistenciales priorizados. Cada Grupo de Desarrollo, realizará, previo a su implantación, un análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI (según el modelo estandarizado del Anexo a este Contrato), la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), el plan de implantación en el Área Hospitalaria y el plan de apoyo para la evaluación y mejora continua de calidad del proceso asistencial. A través de las correspondientes actas, los Grupos de Desarrollo, recogerán los temas abordados y acuerdos alcanzados en cada reunión.

El AGS incentivará y facilitará la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales en el Área.

Dentro del plan de formación para 2008 el AGS incorporará las necesidades de formación para cada proceso asistencial así como el calendario de reuniones previstas. Este plan de formación deberá ir unido al plan de comunicación interna de toda la línea de desarrollo de proceso.

El AGS incorporará en los Acuerdos de Gestión de sus Unidades, objetivos de desarrollo y resultado de procesos asistenciales integrados, de aquellos que tiene implantados en su Área.

Tabla: 1

PROCESOS ASISTENCIALES OBLIGATORIOS PARA SU IMPLANTACIÓN	
. Asma infantil	. Cáncer de Pulmón
. Asma del adulto	. Cuidados Paliativos
. Ataque cerebrovascular	. Dolor Torácico
. Cáncer de Cérvix/Útero	. Diabetes
. Cáncer de mama	. Embarazo, parto y puerperio
. HBP/Cáncer de Próstata	. EPOC
. Cáncer Colorrectal	. Insuficiencia cardiaca
. Cáncer de piel	. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal*
. Disfonía/Cáncer de Laringe	

*Solamente para aquellas AGS que realicen actividades correspondientes a este Proceso

Tabla: 2

PROCESOS ASISTENCIALES PRIORITARIOS PARA SU IMPLANTACION	
. Amigdalectomía / adenoidectomía	. Fiebre de duración intermedia
. Anemia	. Fractura de cadera
. Ansiedad, Depresión, Somatización	. Hemorragias uterinas anormales
. Arritmias	. Hernias de pared abdominal
. Artroplastia de cadera	. Hepatitis víricas
. Artrosis de cadera y rodilla	. Insuficiencia venosa crónica
. Atención al Paciente Pluripatológico	. Otitis
. Atención Temprana	. Riesgo Vascular
. Atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias	. Red de banco de tumores de Andalucía
. Catarata	. Síndrome febril en el niño
. Cefaleas	. Trasplante cardiaco
. Colelitiasis / colecistitis	. Trasplante hepático
. Demencia	. Trasplante pulmonar
. Disfunción tiroidea	. Trastorno de la conducta alimentaria
. Dispepsia	. Trauma grave
. Dolor Abdominal	. Trastorno mental grave
. Dolor Crónico no Oncológico	. VIH/SIDA
. Fibromialgia	

Tabla: 3

PROCESO DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACION
. Hemoterapia
. Bloque Quirúrgico
. Laboratorios clínicos
. Nutrición clínica y dietética
. Técnicas de Imagen

Los procesos priorizados para su implantación, deben elegirse de la siguiente manera:

- **Obligatorios:** Procesos Incluidos en el Decreto 96/2004 de garantía de plazo de respuesta (BOJA nº 62, 30 de Marzo), planes integrales, alta prevalencia y grupos de especial atención. **Se deberán incluir todos.**
- De la tabla 2 se deberán escoger como mínimo 5 procesos considerados prioritarios según las necesidades de salud detectadas en su zona

Normas básicas de calidad por proceso. Cumplimiento y Evaluación

En una nueva fase del desarrollo de líneas de evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados que se inicia para el periodo 2005-2008 vamos a considerar nuevos elementos de evaluación. De esta manera, en la implantación de los procesos se considerarán dos fases, que condicionarán distinta evaluación:

- Fase 1: Aquellos incorporados como nuevos en el contrato 2008, existencia de Anexo II (análisis de situación) y arquitectura 4 (adaptación local del proceso).
- Fase 2: para los ya implantados en años anteriores, se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de normas de calidad

A medida que avancemos en el periodo 2005-2008 iremos tendiendo no tanto a un aumento progresivo del número de procesos implantados como de un incremento de los resultados de los indicadores de normas de calidad y coberturas.

El AGS en el año 2008 adoptará las medidas oportunas para hacer efectivas las Normas Básicas de Calidad definidas en los procesos asistenciales y adoptará las medidas necesarias para evaluar su cumplimiento.

En el Anexo correspondiente se detallan los indicadores que corresponden a las normas de calidad de los procesos asistenciales integrados, así como el valor porcentual de cumplimiento de cada uno, contruidos a partir de los resultados obtenidos en evaluaciones de objetivos específicos de UUGGCC y resultados de cuadros de mando conjunto AP-AE.

Con carácter anual el AGS elaborará el cuadro de mando para el seguimiento del cumplimiento de normas de calidad, el análisis de mejora y la evaluación posterior de los cambios introducidos en los servicios a partir de los problemas detectados. Al menos se realizará para diez procesos asistenciales. Los resultados de la evaluación se remitirán antes del 20 de enero de 2009 a la DGAS, a la Unidad de Coordinación de Procesos Asistenciales.

Cumplimiento de objetivos

La evaluación de los objetivos se basará en unos criterios mínimos para poder adjudicarle a cada una de las áreas una función valor. En el año 2008 se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de las normas de calidad de al menos los veintidós procesos comprometidos en los acuerdos de colaboración del año 2008.

Los objetivos se medirán por dos parámetros, el número de procesos implantados (50% de peso total) y la realización del cuadro de mando (50% del peso total) (Anexo al CP)

Desarrollo de grupos de mejora

El AGS impulsará a lo largo del año 2008, el desarrollo de grupos de mejora y de otras estructuras informales de calidad de carácter local e internivel como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad, según se establece en la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrales del SSPA.

Tras la evaluación del cuadro de mando del AGS diseñará estrategias de mejora para aquellos aspectos, que no alcancen los objetivos establecidos en el Área, garantizando en todo momento la continuidad asistencial. Serán responsables igualmente, de la adaptación de los procesos en los casos en que el grupo de referencia autonómico establezca modificaciones en alguno de los procesos asistenciales. (Anexo a este Contrato).

Plan de comunicación

El AGS elaborará un plan de comunicación tanto interno como externo para difundir entre los profesionales implicados, toda la información relacionada con la implantación de los procesos asistenciales (documentación, formación, arquitectura nivel 4, y aspectos metodológicos y organizativos).

3.7 Personalización en la atención clínica y continuidad asistencial

La Continuidad Asistencial es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la mejora de la salud del ciudadano.

La continuidad asistencial es entendida, por tanto, como un elemento esencial, que añade valor a las prestaciones sanitarias que el Sistema Sanitario Público de Andalucía proporciona para poder garantizar una asistencia de calidad.

Personalización en la atención clínica

La personalización es una condición necesaria para garantizar una atención centrada en los ciudadanos. Mediante ella se busca que la atención tenga como características fundamentales la longitudinalidad y la integralidad.

La personalización de la atención consiste en que un mismo médico y una misma enfermera, con la colaboración de todo el equipo, atienden todos los problemas del paciente durante en su asistencia sanitaria. La asignación de una enfermera referente de los cuidados mejorará el conocimiento de sus pacientes y personas cuidadoras.

El Servicio Andaluz de Salud seguirá potenciando la reordenación de la atención hacia un modelo organizativo basado en la personalización de los servicios, estableciendo vínculos estables y continuados entre los profesionales y sus pacientes, sin que el nivel asistencial o la estructura organizativa se convierta en un obstáculo.

El AGS debe promover, de forma coordinada, todas las acciones necesarias para que la organización funcional de las unidades permita dar respuesta a la atención personalizada de los pacientes, permitiendo establecer vínculos con los pacientes y sus familias y poder prestar apoyo a la persona cuidadora familiar.

La mayoría de los procedimientos asistenciales, tanto diagnósticos como terapéuticos, y las actividades de prevención y promoción de salud estarán personalizados; dispensarizándose sólo aquellos servicios que por su naturaleza no necesitan la personalización y aquéllos otros que por razones de formación, competencia o dotación de recursos no pueden ser organizados de una manera personalizada.

Para facilitar la organización de la asistencia en base a la personalización, los dispositivos de AP tenderán a concentrar el cupo de pacientes adscritos a los profesionales en sectores geográficos, sin menoscabo en ningún caso de los derechos de los ciudadanos, y en particular del derecho a la libre elección de facultativo y centro. Para posibilitar esta sectorización los se deberán realizar las modificaciones necesarias en la base de datos de usuarios, utilizando las funciones y aplicaciones específicas que GADU contemplará para ello, fundamentalmente en los momentos en los que se produzcan cambios de médicos como consecuencias de traslados, oposiciones u otras razones administrativas.

Personas Cuidadoras familiares

El Sistema Sanitario Público de Andalucía establece, entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles.

Atendiendo a esta situación, el sistema sanitario debe desarrollar programas específicos que proporcionen ayudas a las personas cuidadoras familiares e igualmente facilitar medidas de apoyo a éstas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social, de tal forma que sea menos gravoso el cuidado.

Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las personas cuidadoras familiares se incluyen como un cliente más de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Entre las actuaciones a desarrollar por el Servicio Andaluz de Salud para favorecer la equidad, reconocer y facilitar la labor de la persona cuidadora familiar, durante el período 2005–2008, se pondrán en marcha una serie de medidas de discriminación positiva dirigidas a personas cuidadoras de grandes discapacitados.

Estas medidas se dirigen fundamentalmente a aspectos relacionados con el acceso a los profesionales y con la gestión de trámites.

Las AGS deben ser impulsores para la puesta en marcha de estas medidas, asegurando además la transmisión de la información a los profesionales para que se desarrolle en todos los Centros Asistenciales de AP.

Las acciones a desarrollar en cada uno de los Centros Asistenciales son:

- Valorar e Identificar a la cuidadora familiar de grandes discapacitados.
- Facilitar el acceso a la consulta de los profesionales del centro a las personas cuidadoras familiares de grandes discapacitados.
- Orientar la gestión de citas hacia el acto único.
- Facilitar la gestión de recetas de fármacos.
- Facilitar la gestión del material necesario para los cuidados en el domicilio.
- Mantener actualizado desde cada centro el entorno web creado para el registro de datos de las personas cuidadoras familiares de grandes discapacitados identificadas dentro del Plan.

En marzo de 2005 se puso en marcha desde el Servicio Andaluz de Salud el Plan de Mejora de la Atención a las personas cuidadoras familiares en Andalucía con el objetivo de mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras familiares. Las AGS asegurarán la consecución de este objetivo con una serie de medidas como:

- Realizar una valoración focalizada y establecer un plan de cuidados específico a todas las personas cuidadoras captadas.
- Mejorar el acceso de las cuidadoras familiares a los profesionales de los Centros de Salud.
- Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria.
- Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos.
- Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las personas cuidadoras.
- Proporcionar atención en situaciones de duelo.

La **continuidad asistencial** constituye también un criterio clave para la organización de los servicios, siendo el desarrollo del modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales el objetivo para la oferta de servicios. Para ello el AGS revisará y adaptará su oferta actual de servicios al desarrollo de dichos procesos.

Comisión de Continuidad Asistencial

La Continuidad Asistencial constituye un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Por esta razón es necesario incorporar y seguir desarrollando medidas que permitan la atención continuada del ciudadano y un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional interniveles..

Cada AGS constituirá una Comisión de Continuidad Asistencial. Estará formada por los titulares de la Dirección Gerencia, la Dirección Asistencial (médica y de enfermería) y el Responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano y . A ella se podrán incorporar cuantos profesionales se consideren necesarios, según los asuntos a tratar. Cada año, un directivo será el responsable de la misma.

El AGS deberá articular las medidas necesarias que aseguren el funcionamiento de la Comisión de Continuidad Asistencial, integrada por directivos y profesionales de ambos niveles, que se constituye como un elemento que va a permitir trabajar para la continuidad asistencial y la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes.

Se fijará un calendario de reuniones, al menos 4 al año, se nombrará una persona responsable de la secretaría que garantizará la elaboración de actas y la emisión de informes de la Comisión. Los directivos serán los responsables del cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la Comisión.

Los Directivos evaluarán los resultados de la Comisión de Continuidad Asistencial a través de las actas e informes emitidos y de la medición de los indicadores que hayan decidido previamente, elaborará una Memoria anual que deberá recoger:

- los objetivos propuestos para el año en curso
- los elementos de mejora para la continuidad asistencial puestos en marcha
- los resultados obtenidos. Su sistema de información e indicadores.
- las actividades de formación o encuentros de profesionales realizados

Dicha Memoria anual será remitida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria en los primeros 15 días del año siguiente.

Entre sus funciones se definen:

- promover la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes
- favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales

- establecer mecanismos de coordinación que permitan la planificación ordenada de ingresos y altas hospitalarias a los pacientes que lo requieran
- monitorizar los pacientes con múltiples ingresos, facilitando su control desde AP.
- la coordinación y puesta en marcha de las demás comisiones mixtas interniveles existentes y aquellas otras que se creen. Deberán existir al menos las siguientes:

Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos

El AGS deberá articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en la Comisión de Continuidad Asistencial con relación a los procesos, fijando un calendario anual de reuniones y levantando actas que recojan los temas y acuerdos alcanzados.

El AGS potenciará los Grupos de Desarrollo e implantación de Procesos en cada Área con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales en cada uno de los procesos asistenciales priorizados.

Cada Grupo de Desarrollo e implantación realizará, previo a su implantación, el análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI según modelo estandarizado y la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), estos grupos recogerán los acuerdos y temas abordados en cada reunión, mediante las actas correspondientes, trasladando sus conclusiones a la Comisión de Continuidad Asistencial.

Estos grupos de profesionales participarán en la evaluación de los resultados y en el análisis y propuestas de mejora.

El AGS incentivará y facilitará la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales y potenciarán la evaluación de los resultados de los procesos de forma conjunta en los dos niveles asistenciales.

Comisión de Cuidados de Enfermería de Área

La Comisión de Cuidados de Enfermería de Área es un órgano de gestión de mejora que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados de enfermería interniveles, introduciendo elementos de mejora basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para promover resultados clínicos de cuidados de enfermería óptimos en los pacientes, especialmente en los más vulnerables.

Una de las funciones de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área es favorecer el acceso de la Enfermera gestora de casos a ambos niveles asistenciales y establecer mecanismos de coordinación para favorecer la realización de planificación de cuidados de enfermería al alta por parte de las Enfermeras de ambos niveles asistenciales para aquellos pacientes que lo requieran. En el caso de pacientes que precisen en el momento del alta

hospitalaria apoyo para su autocuidado en el domicilio, se entregará hoja de recomendaciones.

Esta coordinación interniveles también será necesaria para monitorizar a los pacientes de múltiples ingresos facilitando su control desde AP. Para ello se deberán activar las Guías de Actuación Compartida (GAC) que delimiten las actuaciones en problemas concretos en uno y otro nivel de atención.

La GAC, tal como se referencia en Anexo adjunto a este Contrato Programa, es un instrumento que orienta a las enfermeras en la toma de decisiones en situaciones específicas relacionadas con la continuidad de cuidados de enfermería interniveles.

La herramienta de intercambio de información entre las enfermeras de ambos niveles de atención es principalmente el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE). El ICCE es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de familia de referencia o enfermera gestora de casos en AP lo considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste. Actualmente esto sólo es posible en los casos de ingresos de cirugía programada.

Otro instrumento para la gestión de los cuidados, que deberá seguir desarrollándose en el año 2008 es el Cuaderno de Continuidad de Cuidados (CCC). Su objetivo es que los profesionales de enfermería de referencia del paciente dispongan de información relevante de los problemas de salud del paciente de forma clara y accesible. El Cuaderno de Continuidad de Cuidados se enmarca dentro de las medidas establecidas para la mejora de la continuidad asistencial. Los pacientes frágiles y vulnerables reciben atención frecuentemente de diferentes dispositivos de nuestro sistema sanitario (centros de salud, servicios de urgencias, Hospitales, consulta de especialistas...) por ello, con el CCC se pretende reunir en un solo documento que porte el paciente la información de mayor relevancia en su estado de salud y en su caso el de la persona cuidadora, debiendo ser consultado y actualizado cada vez que entre en contacto con los servicios sanitarios. Este documento no sustituye en ningún caso el ICCE.

El Servicio Andaluz de Salud viene desarrollando un programa de telecontinuidad de cuidados mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes con criterios de fragilidad dados de alta durante los fines de semana, festivos y vísperas de festivo desde las unidades de Hospitalización, además de desarrollar durante la época estival el programa de Prevención e intervención ante temperaturas extremas. Desde el AGS debe garantizarse el seguimiento de estos pacientes (telefónico o presencial).

Otra línea a avanzar en este programa para el período 2005–2008 es el seguimiento telefónico proactivo a pacientes dados de alta con criterios de fragilidad y necesidad de continuidad de cuidados tras salir del Hospital, desde las unidades de Hospitalización.

Desde AP se identificarán los pacientes frágiles que necesiten tutela o seguimiento por parte de Salud Responde.

Para mejorar la accesibilidad y la comunicación con los pacientes, sus familiares y otros dispositivos, se ha dotado a las enfermeras de los ESMD de teléfonos móviles corporativos. Este teléfono es un apoyo en la gestión de los cuidados ya que facilita el seguimiento proactivo de pacientes, familiares y otros profesionales implicados en el proceso de atención, así como permite que familiares y pacientes cuenten con una línea donde poder consultar sus dudas.

Comité de Mejora de Derivaciones

Este Comité es el encargado del seguimiento del Acuerdo interniveles sobre derivaciones y acceso a pruebas diagnósticas, de poner en práctica, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial, cuantas medidas sean necesarias para un mayor control de calidad de las relaciones interniveles con relación a las interconsultas y pruebas diagnósticas. Asimismo, establecerán mecanismos o circuitos para valorar la pertinencia de las derivaciones a interconsultas y velará por la puesta en marcha de las consultorías y del acceso desde AP, a las pruebas diagnósticas que se establezcan y que deben recoger al menos las relacionadas con los procesos asistenciales puestos en marcha a nivel del Área.

Este comité será nombrado por los directivos del AGS. Deben tener representación los directivos y profesionales. Entre sus funciones destacan:

- Seguimiento de los Informes Clínicos de Alta Hospitalaria. Es un informe imprescindible para garantizar la continuidad de la asistencia del paciente cuando vuelve a su domicilio; es por ello que debe contener toda la información clínica relevante, informe de pruebas realizadas, diagnósticos, tratamientos practicados y prescritos y que deben ajustarse a la política y objetivos del uso racional del medicamento, revisiones necesarias, citas de revisión correspondientes, informe de cuidados de enfermería y cuantos apartados el Comité considere necesario. El comité, es el responsable de que los profesionales efectúen el informe clínico de alta y de la calidad del mismo.
- Seguimiento del Informe Clínico de Derivación desde AP. Cuando el profesional sanitario de AP considere necesario, por la complejidad del problema de salud que presenta el paciente, que sea derivado a Atención Hospitalaria, para realizar o confirmar un diagnóstico, por precisar una intervención terapéutica específica de ese nivel asistencial, para seguimiento de su patología, o por inclusión del paciente en un Proceso Asistencial Integrado, deberá utilizar el informe clínico de derivación. El Comité será el encargado de que siempre sea éste el sistema de acceso del paciente a las interconsultas, que aquellos centros informatizados utilicen el formato electrónico en su ejecución, que todos los campos, tanto administrativos como clínicos vayan cumplimentados adecuadamente, que se aporten los informes de las pruebas diagnósticas practicadas, el diagnóstico de presunción y el

tratamiento seguido por el paciente, además de la información que la Comisión de Continuidad Asistencial considere pertinente.

- Seguimiento del Informe Clínico emitido desde las consultas externas de Atención Hospitalaria. En las consultas externas de Atención Hospitalaria, una vez realizadas las pruebas diagnósticas y las interconsultas que sean necesarias para responder a la necesidad planteada por el profesional sanitario de AP que derivó al paciente, debe emitirse este Informe Clínico, para poder seguir con la continuidad asistencial que precisa el paciente. El Comité es el encargado de que siempre se realice éste y con la calidad adecuada. Asegurándose que contenga la información completa de pruebas y tratamientos realizados, el diagnóstico de confirmación, la prescripción de los fármacos que precise, ajustados al uso racional del medicamento, y que al paciente le han sido dadas las citas necesarias en Atención Hospitalaria para futuras revisiones o especifique el alta por el proceso que fue derivado.
- Seguimiento de los dispositivos de Fisioterapia y de Rehabilitación tal y como se recoge en Acuerdo de Gestión Distrito-Hospital.

El comité deberá elaborar una memoria anual de actividades, que deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Comisión de Mejora en Urgencias y Emergencias

Se constituirá una Comisión de Mejora en Urgencias para optimizar la respuesta a las urgencias y emergencias en el Área. Esta comisión, establecerá un protocolo de seguimiento de las altas hospitalarias de urgencias, en horario de no apertura de EBAP (tardes – noches, fines de semana y festivos) para la continuidad del proceso por el DCCU.

Se establecerá un protocolo de seguimiento de pacientes paliativos que puedan requerir una asistencia urgente, procurando su ingreso directo en las unidades correspondientes sin pasar por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del hospital.

Comisión de Coordinación Interniveles para el Uso Racional de los Medicamentos

Su objetivo es constituir el foro donde se logre consensuar, entre el nivel de Asistencia Primaria y Hospitalaria todos aquellos aspectos técnicos, científicos, administrativos u organizativos o informativos que puedan redundar en una mejor utilización conjunta de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía y permitan una adecuada corresponsabilización de ambos niveles en el seguimiento y control de los tratamientos prescritos a sus pacientes.

Sus funciones son:

- Elaboración y difusión de aquellas recomendaciones o protocolos unificados de actuación que permitan la necesaria corresponsabilización de

ambos niveles asistenciales en la utilización de medicamentos. Se priorizarán los correspondientes a los procesos asistenciales con mayor prevalencia, en los que intervengan ambos niveles y que impliquen el uso de medicamentos con alto impacto económico y/o en resultados de salud. Asimismo, se elaborarán protocolos específicos de utilización adecuada de medicamentos en los servicios de urgencias. Estas recomendaciones se elaborarán con criterios de calidad y eficiencia

- Promoción y desarrollo de programas de investigación sobre la calidad y sobre el grado de cumplimiento de los tratamientos instaurados con aquellos medicamentos o grupos de medicamentos más utilizados conjuntamente por ambos niveles asistenciales.

- Análisis y evaluación periódica del consumo de los medicamentos, en especial los utilizados en tratamientos crónicos, mediante los indicadores cuali-cuantitativos más adecuados. Se priorizará la evaluación del grado de adecuación de las prescripciones a los protocolos establecidos y la eficiencia de las mismas. Se difundirá a los profesionales los resultados, conclusiones y recomendaciones de la Comisión.

- Diseñar y proponer las intervenciones específicas (educativas, informativas, de gestión) que puedan ser realizadas para mejorar la calidad farmacoterapéutica en los mismos.

- Conocer, informar y colaborar en cuantas actividades o programas relacionados con el medicamento y demás productos incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía, se realicen.

- Cuantas otras tareas o funciones le sean encomendadas, en estas materias, por el órgano competente del Servicio Andaluz de Salud.

Su composición será la siguiente:

- Presidencia: será desempeñada por un titular de la Dirección Médico-Asistencial del AGS.

- Vocales: lo serán, en función de su cargo o representación, los siguientes:

- El Jefe del Servicio o Unidad de Farmacia del Hospital.
- Técnicos de Salud, especialidad Medicamento, de AP del área.
- El Jefe de Servicio o Unidad de Farmacología Clínica del Hospital, cuando esta exista.
- Un médico de AP en representación de cada una de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de AP.
- Un médico especialista en representación de cada una de las Subcomisiones que se constituyan conforme a lo previsto anteriormente.

- Secretario: Será elegido de entre los vocales por períodos anuales.

Los profesionales que sean nombrados para formar parte de la Comisión están obligados a asistir a todas las reuniones que debidamente se convoquen. A estas reuniones podrán asistir como invitados aquellos otros profesionales a los que el Presidente invite, por acuerdo de la Comisión, por considerar de interés su presencia o actuación en una determinada reunión, en función del orden del día.

Cuando en su Orden del Día se incluya la discusión de un trabajo a elaborar o elaborado por las Subcomisiones anteriormente referidas, todos los integrantes de dicho grupo serán citados como vocales de la misma.

Los responsables de enfermería del AGS serán convocados para que asistan, como vocales de la Comisión, cuando el Orden del día afecte a la política de cuidados de enfermería o la intervención de estos profesionales sea relevante en el seguimiento y control de los tratamientos que se pretendan tratar en la reunión.

Funcionamiento:

- La Comisión se reunirá, al menos, una vez al semestre, convocada por su presidente mediante escrito en el que conste orden del día, lugar y fecha de celebración, al que acompañe la documentación que se estime necesaria para su mejor desarrollo.
- Con la firma de un tercio de los vocales se podrá proponer al Presidente convocatoria de reunión extraordinaria, justificando su necesidad.
- Las fechas y horarios se escogerán de forma que permita la máxima asistencia de los vocales. Asistencia que en todo caso, deberá ser facilitada por los Directores respectivos, subsanando los obstáculos de tipo laboral que pudiesen obstaculizarla.
- El Secretario de la Comisión levantará acta de lo tratado y acordado en cada reunión, remitiendo un ejemplar a cada uno de sus componentes.

Subcomisiones:

- A fin de lograr la máxima participación de los profesionales, imprescindible en un foro de consenso y colaboración, la Comisión trabajará, básicamente, a través de Subcomisiones especializadas en los que, sin sobrepasar un número de miembros que impida su funcionalidad, se integren representaciones suficientes de los colectivos de médicos de Atención Hospitalaria que correspondan, médicos de AP y, en su caso, acorde con las materias que se traten.
- Cada Comisión constituirá, al menos, las siguientes Subcomisiones, sin menoscabo de poder constituir aquellas que se estime oportuno para abordar temas de interés multidisciplinar o puntual:

- Digestivo y Metabolismo.
 - Cardiovascular
 - Osteoarticular
 - Salud mental
 - Respiratorio
 - Enfermedades infecciosas
- Estas Subcomisiones desarrollarán las funciones antes enunciadas respecto al uso de los medicamentos que les son propias.
- Como coordinador de cada Subcomisión actuará cada uno de los vocales a que hace referencia el apartado 2, designado al efecto por la Comisión.

Los Trabajos de las Subcomisiones se elevarán a la Comisión, la cual adoptará el acuerdo que corresponda sobre los mismos. Dichos acuerdos tendrán carácter de propuesta o informe cuando se dirijan, por los cauces adecuados, a los Órganos directivos del Servicio Andaluz de Salud o a las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del AGS.

Comisión de Formación

Esta Comisión velará por el desarrollo de todas las actividades formativas conjuntas que se establezcan por la Comisión de Continuidad Asistencial. Facilitará que actividades hospitalarias sean ofertadas a los profesionales de AP y viceversa.

Esta Comisión será nombrada por los directivos del AGS. Deben tener representación los directivos y los profesionales. Entre sus funciones se incluyen:

- Fomentar actividades conjuntas de formación para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Se tendrán en cuenta la perspectiva clínica y los procedimientos administrativos acordados para facilitar el paso del paciente y su familia por el sistema sanitario.
- Incorporar al plan de formación las necesidades de formación para cada proceso asistencial a implantar.
- Promover un Foro de Encuentro anual entre profesionales del AGS para exponer los resultados en relación a la continuidad Asistencial y de Cuidados.
- Elaborar un programa de actividades anual.
- Elaborar una memoria anual de las acciones formativas conjuntas.

La memoria de actividades deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

3.8 Ordenación Asistencial

La asistencia sanitaria se ordenará teniendo en cuenta que el Sistema Sanitario Público de Andalucía determina que el ciudadano es el centro del sistema, que se ha de adaptar a sus necesidades y expectativas.

Además de la personalización, la sectorización y el acto único se establecen como principios fundamentales de la ordenación asistencial para el periodo 2005-2008 la accesibilidad, la equidad, la pertinencia y el uso racional de los medios diagnósticos y terapéuticos y de las consultas especializadas.

Se favorecerá también la equidad en el acceso a los servicios, estableciendo una discriminación positiva hacia los ciudadanos y las actividades orientadas por factores objetivos de mayor riesgo y necesidad. En este sentido prestarán una atención preferente a las zonas necesitadas de transformación social.

Cartera y oferta de servicios

El AGS mantendrá una oferta de servicios que garantice como mínimo, una **Cartera Básica** acorde con su nivel, según lo establecido en la Cartera de Servicios de procedimientos por niveles asistenciales (de las especialidades quirúrgicas comunes en todos los centros), así como en las que vayan siendo definidas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, **además** de la **oferta propia** que tenga expresamente autorizada.

El AGS notificará a los SSCC del Servicio Andaluz de Salud las **Carteras Diagnóstica y Médico-Quirúrgica** de sus centros cuando se produzca cualquier variación, ajustándose al procedimiento establecido a continuación.

La **incorporación de nuevas prestaciones** o el desarrollo de nuevos centros o servicios, obedecerá a criterios de planificación de los recursos sanitarios, que garanticen la equidad en el acceso, la eficacia y la eficiencia, siendo necesaria la autorización expresa y previa de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En el proceso de solicitud de incorporación de servicios que requieran de nuevas tecnologías, se aplicará el método GANT (Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías a los centros sanitarios de Andalucía), desarrollado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, así como la Guía para la toma de decisiones sobre incorporación de nuevas pruebas genéticas en el Sistema Nacional de Salud (guía GEN) en el caso de incorporación de nuevos análisis genéticos. Toda ampliación de la oferta de servicios de los centros sanitarios se vinculará al adecuado cumplimiento de la Cartera Básica ya mencionada, así como a lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Las **solicitudes de asistencia en centros privados no concertados**, se tramitarán según lo establecido en la Resolución de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, SC 190/04, de 11 de marzo, sobre el procedimiento

para la utilización, con carácter extraordinario, de servicios sanitarios privados no concertados.

Las **derivaciones a centros del Sistema Nacional de Salud** se ajustarán a lo establecido en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, así como a las instrucciones que se incluyen en este Contrato Programa como Anexo.

Aquellos centros, servicios y unidades que sean designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo como **Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR)** del Sistema Nacional de Salud para determinados procedimientos, serán de elección en el caso de necesidad de derivación de pacientes fuera del Sistema Sanitario Público de Andalucía, o dentro del mismo, en el caso de que estos procedimientos o centros pertenecieran al Sistema Sanitario Público Andaluz.

En todos los casos, la responsabilidad de la solicitud recae en la Dirección Gerencia del centro solicitante y la autorización necesaria será emitida de forma expresa por la Dirección General de Asistencia Sanitaria de acuerdo con las instrucciones mencionadas, a través de la Subdirección de Programas y Desarrollo. No se derivarán casos para procedimientos contenidos en la cartera básica correspondiente al nivel asistencial del centro que solicita la derivación. En cualquier caso, es objetivo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria el poder prestar toda la asistencia sanitaria necesaria dentro de los centros del Servicio Andaluz de Salud.

3.9 Actividad Asistencial

El AGS deberá ofertar servicios asistenciales, preventivos, de protección y promoción de la salud, de formación y capacitación en autocuidados y de rehabilitación.

La actividad asistencial tendrá en cuenta el tamaño, las características sociodemográficas de la población, su dispersión geográfica y su patrón epidemiológico para garantizar la **máxima calidad en la atención sanitaria dispensada y satisfacer sus demandas, necesidades y expectativas**. La práctica asistencial deberá estar sustentada en el conocimiento científico y ser la más conveniente de acuerdo a las circunstancias del paciente, es decir, aquella cuyo balance beneficios/riesgos, inconvenientes y costes sea más favorable.

Se favorecerán aquellas medidas de actividad y calidad estandarizadas, de forma que la comorbilidad y complejidad atendida en los Centros module la Cartera de Servicios, la actividad asistencial y racionalice la asignación de los recursos.

Para una adaptación más acorde a la realidad, se tendrá en cuenta a aquellas personas que puedan acudir a ser atendidas como consecuencia de la normativa de libre elección.

Deben articularse los mecanismos necesarios para mantener la continuidad asistencial dentro y fuera del centro, mejorando el trabajo en equipo, la coordinación con AP y potenciando la colaboración efectiva entre los distintos servicios, unidades de gestión clínica o equipos funcionales del centro.

A lo largo de 2008, se programará la actividad ordinaria en horarios de mañana y tarde (de 8 a 20 horas). Se reorganizará igualmente el sistema de jornada complementaria para adaptarlo a la reordenación acordada para la atención urgente en Andalucía, con el fin de dar cumplimiento a la normativa sobre tiempos de trabajo (Ley 55/2003 del Estatuto Marco) que limita la jornada máxima semanal a 48 horas en cómputo semestral. En aplicación del mismo acuerdo, durante 2008, el AGS reconsiderará de manera pormenorizada la actividad extraordinaria con financiación específica que tenga autorizada, con el objetivo de minimizarla incrementando la actividad programada. Todos los programas extraordinarios (autorizados o que se autoricen en el futuro) deben mostrar un rendimiento óptimo; para ello se adecuarán a las características que marque en cada momento la Dirección General de Asistencia Sanitaria (relación actividad extraordinaria/actividad ordinaria, incompatibilidad con horario ordinario y jornada complementaria, respeto a objetivos establecidos en los Acuerdos de las Unidades de Gestión Clínica, etc.)

Se favorecerá la puesta en marcha de los ACGs como medida de la actividad en los centros de AP para evaluar si ésta se ajusta a la complejidad de los pacientes atendidos.

Se potenciará el desarrollo de las teleprestaciones, entre otras, la consultoría telefónica entre profesionales, la teledermatología y la interpretación telemática de procedimientos.

Hospitalización

Un buen uso de los recursos implica realizar actividades con una justificación asistencial. La adecuación en las estancias, los criterios de derivación, los ingresos y las indicaciones de procedimientos son, entre otros, elementos esenciales para prestar una atención sanitaria de calidad.

Las AGS deberán ajustar sus indicadores asistenciales a las referencias que proporciona el Contrato Programa, de acuerdo siempre a criterios de eficiencia y efectividad clínicas.

El AGS ajustará su número de ingresos y el índice de utilización de estancias al objetivo establecido en este Contrato Programa, reduciendo el número de estancias evitables hasta conseguir que estas constituyan menos del 2% del total de estancias del AGS al final del periodo 2005-2008.

El AGS ajustará su porcentaje de reingresos no programados a lo especificado en los Anexos de este Contrato Programa.

El AGS potenciará especialmente la actividad ambulatoria y la resolución en acto único para mejorar la accesibilidad y la satisfacción de los pacientes. Del

mismo modo, llevará a cabo las actuaciones necesarias para avanzar en la personalización de la atención, en la identificación de los profesionales de referencia, en la mejora de la información a pacientes y familiares, y en el contenido de los informes de alta. **Este informe de alta deberá ser único y multidisciplinar.**

Es necesario incorporar medidas eficientes de gestión para el ingreso, especialmente para pacientes crónicos, pluripatológicos, oncológicos y mayores de 65 años con alto nivel de dependencia. Se trabajará en el desarrollo de algoritmos de decisión para la planificación del alta en estos pacientes, asegurando una atención coordinada y no fragmentada, así como una transición efectiva y oportuna con el equipo de AP. En este sentido cobra mayor importancia la figura de la enfermera gestora de casos.

Se impulsarán, por tanto, las actuaciones que faciliten que cada paciente disponga de las citas para las revisiones, las prescripciones de tratamiento y de material ortoprotésico y en general de cuanto vaya a necesitar a corto plazo que evite posteriores traslados al Hospital. Se debe asegurar la correcta transmisión de estos pacientes articulando medidas de coordinación con la red social local.

Durante el periodo 2005-2008 se desarrollarán equipos funcionales de carácter multidisciplinar para dar respuesta clínica a los requerimientos de los pacientes crónicos, pluripatológicos y con necesidad de cuidados paliativos.

Hospital de día

El AGS seguirá fomentando aquellas formas organizativas que aumenten la actividad sin ingreso hospitalario, hasta lograr que al final del 2005-2008, el 95% de los procesos susceptibles de ser resueltos en este ámbito lo sean. Para ello se potenciarán los dispositivos de Hospital de día Médicos –incluye la oncología- y Quirúrgicos (HDM y HDQ).

La respuesta de los HDM y HDQ debe ser integral, eficiente y basada en la mejor evidencia científica a las demandas asistenciales. Los objetivos que se marquen deben reflejar tal composición multiprofesional, de manera que se haga explícita y se pueda evaluar la participación de todos los profesionales implicados.

Se potenciarán, especialmente los siguientes aspectos:

- Formación: para dar respuesta a los avances organizativos actuales es importante identificar áreas de mejora en la formación continuada con profesionales de AP, que estén relacionados con manejo de dispositivos, sondas, sistemas para tratamientos, etc. Se debe trabajar para garantizar que la respuesta se facilite en el centro de salud con la misma calidad que si se tratara del Hospital, a través herramientas como: apoyo a la formación en AP, sesiones clínicas conjuntas etc., siempre aportando la mejor evidencia disponible.

- Información: se fortalecerá la calidad de la historia clínica, y de toda la documentación clínica, dando carácter prioritario a la información necesaria para cumplimentar el registro de la actividad de Hospital de día en el CMBD.
- Capacidad de resolución: es necesario potenciar el acto único coordinándose con las unidades de Hospitalización y consultas externas, de apoyo al diagnóstico y profesionales de AP.
- Mejora en la práctica clínica:
 - Debe trabajarse en la elaboración de algoritmos de decisiones por tipo de pacientes, consensuada con los profesionales del Hospital y de AP.
 - Asegurar que la atención sea coordinada y no fragmentada, y la transición efectiva y oportuna con el equipo de AP.
 - Potenciar las estrategias de mejora de la seguridad del paciente.
 - Los cuidados de enfermería serán personalizados y basados en un método científico. Por ello se debe trabajar con planes de cuidados estandarizados.
 - Debe reforzarse la cumplimentación del cuaderno de continuidad de cuidados.
- Apoyo del autocuidado: la planificación, organización y aplicación de programas de salud orientados a promover el autocuidado de la herida quirúrgica es fundamental para mejorar los resultados relacionados con las Intervenciones Quirúrgicas. Se potenciará la elaboración de protocolos con recomendaciones al alta en los procesos de CMA más frecuente para las distintas especialidades.
- Contacto y seguimiento telefónico: para mejorar la accesibilidad, se debe ofertar la posibilidad de contactar telefónicamente con la unidad en horario de mañana y tarde.

4 ÁREA DE CALIDAD ASISTENCIAL

El Servicio Andaluz de Salud en el marco de la estrategia de mejora continua de la calidad asistencial impulsará cuantas acciones se dirijan a optimizar el uso de los recursos y a garantizar la calidad y satisfacción deseadas, mejorando y adecuando la oferta de servicios y orientando su organización hacia la gestión clínica y la gestión por procesos asistenciales

El AGS deberá articular las medidas necesarias para asegurar una provisión de servicios con la máxima calidad. Para ello, a partir de las líneas establecidas por el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2005-2008 de la Consejería de Salud, el AGS elaborará un Plan de Calidad dirigido a garantizar una práctica clínica basada en el mejor conocimiento científico disponible que se traduzca en la obtención de los mejores resultados en salud. Las estrategias prioritarias se centrarán en facilitar la accesibilidad de los usuarios a los servicios, en asegurar la continuidad en la asistencia, en la seguridad de los pacientes, en elevar el nivel de satisfacción de los usuarios, en potenciar una formación con el más alto nivel de calidad científico – técnica y en promover la docencia y la investigación orientadas a una práctica clínica de excelencia.

4.1 Comisiones Hospitalarias

El AGS asegurará el funcionamiento de las comisiones hospitalarias, adecuando su desarrollo, diversidad y organización a su nivel asistencial, docente e investigador. Con carácter específico asegurará el adecuado funcionamiento de la Comisión de Garantía de Calidad, fundamental para la asesoría, coordinación y adecuado uso de las herramientas de gestión de la calidad asistencial.

Las Comisiones correspondientes elaborarán un **informe resumen del año**, en el que analizarán y evaluarán indicadores y se elaborarán conclusiones en el seno del Hospital en las siguientes áreas:

- mortalidad hospitalaria,
- morbilidad derivada de actuaciones sanitarias,
- infecciones nosocomiales,
- reacciones adversas a medicamentos y a transfusión,
- calidad de la cumplimentación de las historias clínicas,
- correlaciones diagnóstico - anatomoclínicas,
- uso racional de la sangre,
- uso racional de la alta tecnología diagnóstica,
- atención integral del niño Hospitalizado y
- nivel de desarrollo de la investigación.

El AGS implantará los acuerdos, recomendaciones, directrices clínicas y asistenciales que con la participación de las Sociedades Científicas y de los Profesionales Sanitarios en general se desarrollan en la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

4.2 Control externo de calidad.

El AGS garantizará la participación de sus laboratorios en el sistema de control externo de calidad, según los contratos centralizados del Servicio Andaluz de Salud y los adjudicatarios. Todos los equipamientos que realicen determinaciones analíticas, incluidos los que se encuentren fuera del AGS, deberán estar sometidos a un control externo de calidad.

4.3 Seguridad del paciente

La seguridad de los pacientes deberá ser un elemento central dentro de la política de mejora continua de la calidad. El AGS, en consonancia con la *Estrategia para la Seguridad del Paciente* aprobada por la Consejería de Salud, impulsará y establecerá las medidas adecuadas para incorporar los objetivos propuestos en cada agrupación de procesos configurada: Estratégicos, Soporte y Operativos.

Vigilancia y control de infecciones nosocomiales. El AGS mantendrá los sistemas de vigilancia y control de infecciones nosocomiales asegurando el cumplimiento de las medidas básicas contenidas en el Plan de Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales definido por la DGAS y de otras medidas de control que se acuerden.

El AGS mantendrá las actividades de promoción continuada de higiene de manos.

El AGS dentro de los procesos operativos velará por la **Identificación inequívoca de la ciudadanía** que entra en contacto con el centro sanitario.

Especialmente por el adecuado funcionamiento del **sistema de identificación del recién nacido**, garantizando en todos los partos la aplicación de los procedimientos de vinculación madre - hijo establecidos en la Resolución 12, de 10 de Agosto de 1998, de la Dirección Gerencia.

Sistema de Hemovigilancia. Durante el 2008 se promoverá y mantendrá el correcto funcionamiento del sistema de hemovigilancia, facilitando y apoyando la comunicación de reacciones y efectos adversos en todos los servicios donde se realizan transfusiones y controlando los riesgos o situaciones anómalas detectadas. El AGS notificará a través de su responsable las reacciones y efectos adversos relacionados con la transfusión al responsable provincial del Sistema.

El Servicio Andaluz de Salud, en el marco de un **Plan de Seguridad Radiológica**, promoverá la evaluación y el uso adecuado de las radiaciones ionizantes.

Se establecerán medidas para la formación a las personas cuidadoras familiares sobre los conocimientos y habilidades necesarias para proporcionar **cuidados seguros**.

5 ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN

5.1 Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias

Cada AGS dispone de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias compuesto por sus correspondientes Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias de AP y AE y sus Equipos Movilizables.

Durante el 2008 las prioridades con respecto a estos dispositivos serán las siguientes:

- Se continuarán aplicando en todo el territorio andaluz los Protocolos para la Coordinación de la Asistencia Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Tal y como se recoge en dicho protocolo, en cada AGS se constituirá una COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y MEJORA, DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la atención a las Emergencias y/o Urgencias del AGS, que incluya a los responsables y profesionales. Esta comisión, establecerá el operativo del AGS y analizará todas las incidencias que se originen. Esta comisión se reunirá al menos cada dos meses y analizará el Cuadro de Mando definido en el protocolo, para su uso como herramienta de gestión para la mejora continua.
- Se mantendrá actualizado en la aplicación Web que se desarrollará al efecto el Plan Operativo del AGS a efectos de la movilización de recursos por parte de los Centros Coordinadores de Urgencia y Emergencias.
- Se dotará a la red de transporte urgente del equipamiento electromédico necesario (monitor-desfibrilador, respirador de transporte, material para inmovilización y estricaje, etc.), de los procedimientos automáticos para la comunicación a los CCUE de los estatus de los equipos movilizados y de los procedimientos para la localización de los vehículos (GPS), que serán compatible con este centro y utilizarán los protocolos de comunicación que se encuentran en el Anexo correspondiente de este CP. Antes de 31 de noviembre las ambulancias de la red de transporte urgente, los equipos medicalizables y los Servicios de CCU tendrán la dotación correspondiente.
- Se implantará el nuevo cuadro de mando para el tratamiento de la información relacionada con la gestión de los SCCU y de los CCUE. El Área colaborará en la implantación del Módulo de Urgencias de la Historia Digital de Salud y el Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) que permitirá la obtención de un cuadro de mando como instrumento de información y análisis que genere una sistemática de mejora continua de la calidad, tanto de la atención urgente en horarios de apertura normalizada de los centros como de la entrada en funcionamiento del DCCU.
- Durante el año 2008 todos los Equipos Movilizables deberán estar uniformados para garantizar las condiciones de seguridad en vía pública exigidas por la legislación vigente y garantizar su identificación corporativa.

- Se tenderá a la unificación de la atención a urgencias y emergencias en un solo punto (Hospital) en aquellos lugares en los que exista hospital comarcal.
- En colaboración con los profesionales de los equipos de salud mental del Área se desarrollarán acuerdos en materia de formación y asesoramiento en urgencias psiquiátricas.
- Los SCCU establecerán un protocolo de captación activa y derivación de pacientes susceptibles de atención en los domicilios que no estén incluidos en los programas de atención domiciliaria de los EBAP. Asimismo establecerán medidas de coordinación con los EBAP para el seguimiento de pacientes a domicilio, colaborando en las medidas preventivas primarias y secundarias. Del mismo modo se procurará asegurar la continuidad con el EBAP en aquellas personas atendidas en las que se detecte una falta de accesibilidad y uso normalizado de los servicios.
- Por encima del 90% el personal médico y de enfermería del Área se formará en Soporte Vital Avanzado (SVA-RCP) y por encima del 70% del personal no médico en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Semiautomática. Así mismo, al menos el 60% de personal específico del SCCU-AP asistirá a los cursos de Cuidados Críticos y Urgencias. Al menos el 40% del personal de los Centros de Salud, que realicen atención continuada, realizará, además del curso de SVA ó B, otro curso de Cuidados Críticos y Urgencias.
- Se iniciará la formación en Soporte Vital Básico a población de la ZBS.
- Se tomarán las medidas necesarias para que el índice de cumplimentación de estatus sea superior al 75%

El AGS ajustará el número de urgencias no ingresadas a lo acordado en el proceso de negociación de este Contrato Programa, limitando el número de ingresos más las derivaciones al 15 % del total de las urgencias atendidas.

Se deberá facilitar desde los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias la citación preferente a las consultas de especialidades que se pacten con la Dirección, en función de la morbilidad atendida.

Se dispondrá de un Plan Funcional de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias adecuado a los criterios establecidos por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. El AGS redactará su propia adaptación del Plan Funcional y lo enviará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria para su aprobación, antes de marzo de 2008. A través del **Plan Funcional** el AGS adecuará su actividad asistencial de manera que se cumplan los correspondientes estándares de actividad y calidad.

Se desarrollarán acciones coordinadas entre los profesionales del Área, los Equipos de Emergencias de la EPES y otros hospitales en el ámbito de su provincia, en relación a la atención urgente y emergente y fundamentalmente en aspectos relacionados con el desarrollo de los procesos, la actualización

de su Plan de Emergencias Colectivas y Catástrofes Externas y los planes de Alta Frecuentación.

El Área de Gestión Sanitaria:

- Implantará los estándares de calidad reseñados en los Planes Integrales.
- Adecuará su actividad asistencial al PLACA (Plan de Ataque Cerebral Agudo), implantando el "Código Ictus".
- Garantizará la ejecución de técnicas de reperfusión (fibrinólisis y angioplastia) en un plazo inferior a 60 minutos en el 90% de los pacientes isquémicos que lo requieran.
- Se adaptará al Plan de Cardiopatía isquémica y Plan de Accidentabilidad.
- Utilizará la red de transporte de críticos y red de transporte urgente según los protocolos establecidos.

Las reformas que se planteen en las Áreas de urgencias se adecuarán a los criterios establecidos por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y en la Guía de Diseño de las Áreas de Urgencias Hospitalarias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

5.2 Plan Andaluz de Alzheimer

El Servicio Andaluz de Salud durante el periodo 2005-2008 se propone seguir desarrollando El Plan Andaluz de Alzheimer dentro del marco del Plan de Apoyo a la Familia, desarrollando el programa de asistencia sanitaria en las Unidades de Estancias Diurnas en colaboración con las Asociaciones de Enfermos de Alzheimer, así como la atención de personas cuidadoras de afectados.

5.3 Examen de salud para mayores de 65 años

En el año 2006 se puso en marcha el Examen de Salud para mayores de 65 años. Esta iniciativa tiene como objetivo principal detectar precozmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados que puedan tener los andaluces mayores de 65 años. Se pretende actuar de forma proactiva, eficaz y coordinada, por todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, para que los mayores de 65 años, puedan mantener el máximo tiempo posible una buena calidad de vida aumentando de este modo, el periodo libre de dependencia.

El AGS pondrá en marcha las medidas oportunas para el desarrollo y organización de estas actividades en cada Centro de Salud, siguiendo las directrices marcadas en el documento "Examen de salud para las personas mayores de 65 años" aprobado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Los servicios de AP se constituyen, de esta manera, en el punto de partida de dicho proyecto, coordinando a los diferentes profesionales y servicios ofertados que van a permitir la ordenación de los recursos y la mejor atención de estos ciudadanos.

El trabajo en equipo, es el sustrato donde asienta este proyecto, el objetivo es resolver los procesos de atención a estos ciudadanos de forma transversal, horizontalizando las acciones, vinculándolas, a lo que los ciudadanos necesitan de nosotros; los ciudadanos nos exigen un esfuerzo de generación de redes profesionales donde descanse su confianza y seguridad, constituida por unos profesionales que trabajando de forma integrada, en equipo, resuelvan sus problemas de salud.

5.4 Atención Domiciliaria

La atención domiciliaria es la modalidad asistencial dirigida a las personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, para garantizar la asistencia sanitaria según las necesidades y expectativas personalizadas del ciudadano.

El SSPA oferta respuesta a esta demanda de salud, coordinándose con los diferentes organismos e instituciones que tienen responsabilidad en servicios sociales, para dar una respuesta integral a estos problemas en su entorno habitual, evitando en lo posible la institucionalización de estos pacientes, asumiendo la AP la responsabilidad y liderazgo de esta modalidad de la atención sanitaria.

La atención domiciliaria es un recurso para resolver problemas de salud a las personas que por su incapacidad física no pueden desplazarse al centro sanitario.

Se trata de una atención integral, longitudinal y continuada, que se realiza bajo una concepción biopsicosocial, y el núcleo de atención es la persona enferma y la familia cuidadora.

La atención domiciliaria se presta por un lado, en la vertiente de atención a demanda del paciente, por problemas de salud agudos o por complicación o reagudización de un problema crónico, o bien, puede ser un servicio planificado, concertado con el usuario, que surge por iniciativa de los profesionales del EBAP, y que responde a necesidades asistenciales ó sociosanitarias, bien por alta hospitalaria, o por ser un paciente con inmovilidad o proceso crónico.

La visita domiciliaria es el instrumento para conocer en que medio viven las personas y su grupo familiar, valorar su autonomía y nivel de dependencia, y proporcionar apoyo en el proceso de la enfermedad.

La provisión de servicios de atención domiciliaria se realizará de forma integrada, por parte de todos los profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y sus familias: médicos, pediatras y enfermeras de familia, con la

colaboración de trabajadores sociales y profesionales de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación, garantizando la continuidad asistencial con la atención hospitalaria cuando sea necesaria para el paciente.

Para impulsar la asistencia domiciliaria, el AGS:

- Proporcionará una adecuada organización que facilite la atención integral de calidad a los pacientes incluidos en atención domiciliaria y a la familia cuidadora, contribuyendo al control de la sintomatología, a mejorar el autocuidado y a dar apoyo a las personas cuidadoras.
- Impulsará el aumento de visitas domiciliarias de médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los EBAP, especialmente en pacientes vulnerables ó frágiles
- Facilitará el apoyo a la familia mediante la formación e información a las personas cuidadoras y la coordinación de los recursos sociales disponibles; así como la gestión del material para el confort de los pacientes.
- Contribuirá a mejorar la formación de los profesionales en los procesos relacionados con la atención domiciliaria

5.5 Trasplante de Órganos y Tejidos

Adicionalmente a los objetivos recogidos en los Anexos a este Contrato Programa, el AGS asegurará el seguimiento actualizado del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes.

El AGS ampliará el número de pacientes en diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

5.6 Plan andaluz de hemoterapia

El AGS aplicará la normativa que se desarrolle para adaptar el marco legal de la Red Transfusional Andaluza a la realidad actual de ésta y a la Directiva 2004/33/CE.

El AGS implantará el Plan estratégico de información e informatización de la Red Transfusional – (Centros de Transfusión y Hospitales) en la medida en que este se desarrolle.

Utilización terapéutica de la sangre y sus componentes. El AGS adecuará la utilización terapéutica de la sangre y sus componentes a las recomendaciones del Consejo de Europa (Guía para la preparación, uso y control de calidad de los componentes sanguíneos, 13ª Edición), así como al Proceso de Soporte, elaborado por la Consejería de Salud, de Hemoterapia y a la evidencia científica existente en la materia, realizando protocolos para su manejo.

El AGS junto con el Centro de Transfusión deberá implantar el Proceso de soporte Hemoterapia.

Los Hospitales regionales y de especialidades mantendrán la figura del **responsable de servicio de transfusión hospitalario**, en tanto la gestión de la transfusión permanezca en el AGS. Este responsable actuará en coordinación con el Centro de Transfusiones.

El AGS velará por una correcta gestión de su depósito de sangre para que, en coordinación con su centro de transfusión de referencia se garantice la **utilización racional de la sangre**.

El AGS informará mensualmente a la DGAS las **caducidades internas** de cada producto recibido. La tasa de caducidad de las unidades de sangre se situará en los objetivos recogidos en el Anexo correspondiente.

El porcentaje de utilización de hematíes así como de unidades de plasma se ajustará a los objetivos contemplados en los Anexos de este Contrato Programa.

El AGS impulsará o mantendrá en su caso durante 2008 la **acreditación** del servicio de transfusión hospitalario.

El AGS garantizará el funcionamiento de la Comisión Hospitalaria de Transfusión (Circular 3/90 del Servicio Andaluz de Salud y artículo 40 del Real Decreto 1088/2005).

5.7 Plan de apoyo a la familia

Rehabilitación y fisioterapia

Los Dispositivos de Fisioterapia y Rehabilitación en AP, están constituidos por Salas de tratamiento, y Equipos Móviles para la realización de Atención Domiciliaria siendo los pacientes derivados desde AP ó Atención Hospitalaria.

Las líneas prioritarias de actuación de los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación en AP están orientadas a facilitar la atención de los pacientes discapacitados y sus cuidadores, mejorando la accesibilidad de estos pacientes y sus familiares, ofertando preferentemente los tratamientos y cuidados en su entorno próximo, en la sala, ó en su propio domicilio.

Los Dispositivos Móviles están integrados por Rehabilitadores, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales; y la población diana para recibir tratamiento domiciliario son los pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario. A estos pacientes los dividimos en 2 grupos: Pacientes G1 (pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial y pacientes discapacitados con déficits establecidos que pueden incrementar su capacidad funcional) y pacientes G2 (pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida).

El AGS debe garantizar que los pacientes en proceso de rehabilitación reciban tratamiento en el lugar más próximo posible a su domicilio y en los plazos más

adecuados para el éxito de ese tratamiento, proporcionando, si es preciso, los tratamientos en el propio domicilio del paciente, ampliando al máximo la accesibilidad a los recursos asistenciales.

Entre las herramientas de ayuda para gestionar tanto la actividad asistencial de las salas de rehabilitación de Hospitales y AP, como los dispositivos móviles, se encuentran la “Guía de procedimiento de rehabilitación y fisioterapia en AP”, la “Guía de procedimiento de equipos de rehabilitación y fisioterapia en domicilio” y las “Pautas de actuación conjunta de los Equipos básicos de AP y los dispositivos de apoyo a la rehabilitación”.

El funcionamiento y la gestión de los servicios de rehabilitación y la continuidad asistencial interniveles son un elemento clave para que las salas de AP puedan desarrollar una actividad asistencial sostenible y eficiente.

En el AGS se establecerán las condiciones necesarias para el funcionamiento efectivo de una red única de unidades de Rehabilitación y Fisioterapia. Entre otros aspectos, se debe contemplar que cada sala de fisioterapia tenga asignado un FEA de Rehabilitación que pase consulta en ella y realice actividades de consultoría con los profesionales del EBAP.

Las UAC de cada centro asumirán los procedimientos de citación de pacientes en las salas de fisioterapia y rehabilitación, en coordinación con las UAC de los Hospitales desde donde se remiten pacientes. Se evitará la derivación por circuitos no contemplados por la guía o que no sea cumplimentada en el formato y con los contenidos establecidos, y en ningún caso, a través de los pacientes.

Todas las salas de AP dispondrán de protocolos de derivación de pacientes desde el médico de familia al fisioterapeuta siguiendo las indicaciones de la guía de procedimientos. Las “Pautas de actuación conjunta de los Equipos Básicos de AP y los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación” serán asumidas y puestos en marcha por el AGS con la colaboración de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención.

El transporte sanitario individual será posible en todas las salas de AP. Dicho transporte sanitario, tanto individual como colectivo, se monitorizará para controlar incidencias en relación con la puntualidad para disminuir problemas con la planificación de la atención sanitaria y evitar incomodidades a los pacientes.

Todos los fisioterapeutas de AP realizarán asistencia domiciliaria cuando ésta sea necesaria, abarcando a toda la ZBS atendida por la sala. La percepción del complemento de dispersión geográfica se vinculará a la realización efectiva de esta actividad.

El AGS elaborará un Plan de Formación para los profesionales que integran los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en AP (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y rehabilitadores). En el caso de que haya un número reducido

de profesionales en los dispositivos, se podrán compartir las actividades de formación con Distritos cercanos.

Igualmente, los profesionales de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación participarán en actividades de formación junto con los profesionales del equipo básico de AP para avanzar en las mejores competencias de atención sanitaria a las personas discapacitadas y dependientes así como a sus cuidadores.

Cada AGS volcará puntualmente los datos de actividad de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en la aplicación SIGAP-web y mantendrá actualizada la ficha DAR de cada sala. Se remitirá esta ficha al menos una vez al año y siempre que se produzca un cambio relevante a la Subdirección de Coordinación de Salud. En esta ficha se hará constar, entre otros ítems, los núcleos de población cubiertos por la atención domiciliaria, las zonas con dificultades de acceso, las vías de derivación, los protocolos de derivación en funcionamiento y las actividades de formación en la que participan los fisioterapeutas. El diseño de la ficha y el soporte informático corresponderá a los SSCC.

Las salas de fisioterapia y rehabilitación se ajustarán a los estándares establecidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria

Se instaurarán consultorías entre los equipos de AP, los rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de los equipos móviles, con el fin de que los pacientes en situación clínica de G2 reciban una atención integral y coordinada, estableciéndose planes de tratamiento conjuntos entre los distintos profesionales.

Los equipos móviles de fisioterapia y rehabilitación se ajustarán a los estándares que establezca la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Se realizará un análisis de la accesibilidad de los usuarios a las salas donde se realizan tratamientos rehabilitadores y de fisioterapia. Dicho análisis se acompañará de un plan de actuación para resolver el déficit de accesibilidad detectado, que se recogerá específicamente por la Comisión de Continuidad Asistencial. En este plan, se recogerán los acuerdos de derivación protocolizada directa de los médicos de familia a los fisioterapeutas del Área, así como la propuesta de apertura conjunta de nuevas salas.

La implicación de los servicios de rehabilitación en la implantación de los procesos asistenciales se realizará con especial relevancia en el caso de los procesos EPOC, dolor torácico, ataque cerebrovascular, fractura de cadera y cáncer de mama.

La correcta recogida de la información de actividad en el sistema INHIOS se considera imprescindible para el desarrollo de la sección de rehabilitación del cuadro de mandos y el seguimiento de los objetivos específicos definidos para el periodo 2005 – 2008.

Plan de salud bucodental

A lo largo de 2008 el AGS continuará desarrollando el Plan de Salud Bucodental y el Decreto de Atención Bucodental Infantil, cuya población diana será a partir del 1 de enero del 2008 los niños nacidos entre los años 1994 y 2002.

En el año 2008 el AGS seguirá prestando atención a las personas con discapacidad según la ampliación del Plan de apoyo a la familia. Para ello deberá garantizar la atención bucodental a aquellas personas con discapacidad que necesitan sedación, estableciendo al menos:

- El circuito que se llevará a cabo desde AP hasta el Hospital.
- La adscripción al Servicio de Maxilofacial si lo hubiera y en su defecto al Servicio de Cirugía.
- La elaboración de agenda y constitución del equipo de dentistas que van a participar en la atención a personas con Discapacidad
- Elaboración de protocolo de seguimiento a los pacientes: Quién, cuándo y cómo. (Mantenimiento y enseñanza de higiene oral para personas con discapacidad y familiares de estos)

Los pacientes serán citados en una agenda en cada Hospital por los dentistas de cabecera, tanto en la consulta de preanestesia como posteriormente en la cita para sedación. A la consulta de anestesia deberán acudir con las pruebas complementarias que se establezcan. Dichas pruebas se realizarán en AP.

Los pacientes serán atendidos en el Hospital por los dentistas que se acuerde que pertenezcan, salvo excepciones, al Área. Las altas tras la atención se podrán dar por parte de estos dentistas; o por el personal facultativo de las salas de despertar del citado Hospital.

5.8 Reproducción Humana Asistida

La oferta de técnicas de reproducción humana asistida en los centros del Servicio Andaluz de Salud completará su ampliación, para garantizar el acceso de forma más equitativa a este tipo de tratamientos siguiendo las recomendaciones contenidas en la Guía de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud, revisada y actualizada en 2006, ya distribuida y publicada mediante Resolución 2164/07 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Asimismo, este año se iniciará la cumplimentación de un registro unificado en relación con la demanda y actividad de técnicas de reproducción asistida, de forma que permita un seguimiento de cada paciente por el sistema, comprometiéndose el AGS a su cumplimentación, mantenimiento y actualización. En tanto no se consolide el registro unificado, continúa vigente la Ficha de recogida de datos de Reproducción Humana Asistida, según modelo especificado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

De forma complementaria, y desde enero de 2007, es obligatorio recoger en el sistema de información que recoge las demoras para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Sanitario Público Andaluz, el RDQ, las técnicas de reproducción humana asistida. En ese sentido, se empleará el mismo circuito que el establecido para la indicación quirúrgica, tanto para la indicación de inseminación artificial, (código 69.92), como para la indicación de fertilización in vitro y/o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), para la que se empleará el código correspondiente a la punción (aspiración) de ovario (código 65.91). Ambos códigos han sido habilitados en el mencionado sistema RDQ con este propósito.

Como continuación de las actuaciones de años anteriores, el **estudio básico de esterilidad**, según se define en la mencionada guía, estará disponible en todas las Áreas Hospitalarias, garantizándose la accesibilidad a este servicio al 100% de las parejas demandantes. Asimismo, para aquellas parejas que así lo requieran según indicación facultativa, la **oferta de tratamiento médico**, sin incluir técnicas específicas de reproducción asistida, estará disponible en todas las Áreas.

En 2008, los Hospitales del Anexo correspondiente que ofertan **técnicas básicas de reproducción asistida (inseminación artificial)**, garantizarán un plazo de respuesta de inicio de esta técnica inferior a 6 meses tras su indicación facultativa. En cuanto a las **técnicas avanzadas (FIV/ICSI)**, el Servicio Andaluz de Salud aumentará la oferta territorial existente, y aumentarán su rendimiento los Hospitales con unidades ya existentes (ver Anexo correspondiente).

5.9 Plan de Genética

Durante el 2006 se presentó el Plan de Genética de Andalucía, el cual es el instrumento que permitirá una atención de calidad a personas y familias, residentes en nuestra comunidad, con enfermedades de base genética o con riesgo de padecerlas, mediante la provisión de servicios públicos de genética clínica multidisciplinarios, integrales y armonizados, que garanticen la accesibilidad y la equidad en el conjunto del SSPA. Se diseñará la Red de Unidades de Genética, que se articulará adaptándose a las características de cada Hospital, en función del nivel asistencial del centro y la estructura interna de áreas de trabajo.

Los Hospitales del Anexo correspondiente irán configurando las unidades de genética clínica y diagnóstico genético prenatal, de acuerdo a la cartera de servicios de cada nivel (básico, regional o de referencia), según se detalla en el mismo Anexo.

Los Centros aplicarán sistemáticamente la guía GEN a los nuevos análisis genéticos, tanto a los que se pretendan incorporar a la Cartera de Servicios como a los que se vayan a solicitar a otros Centros ajenos al SAS.

5.10 Atención a pacientes en tratamiento anticoagulante oral (TAO)

El AGS garantizará la descentralización de la atención a pacientes estables con tratamiento anticoagulante oral (TAO), según los criterios establecidos en el documento de Coordinación en el control y seguimiento del paciente con tratamiento anticoagulante oral editado por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud en 2005.

En el primer semestre de 2008, todos los Hospitales habrán desarrollado la descentralización de pacientes estables con TAO, según los criterios establecidos.

5.11 Laboratorios clínicos y bancos biológicos

- Durante 2008 se aplicará el Plan de Laboratorios Clínicos y Bancos Biológicos.
- La AGS continuarán durante **2008** implantando el Proceso de Soporte de Laboratorios Clínicos. En este sentido:
 - Los Hospitales del nivel 3 y 4 que no lo hubieran hecho comenzarán a implantar el Proceso, junto con los Distritos de referencia, antes de finalizar el año.
 - Los Hospitales de nivel 1 y 2 que no lo hubieran hecho, junto con los Distritos de referencia, desarrollarán las actuaciones necesarias durante 2008 para facilitar la implantación del Proceso.

Las AGS desarrollarán durante 2008, un cuadro de mando de Laboratorios Clínicos, que incorpore indicadores relativos a su cartera de servicios, URVs, gasto en fungible, etc.

Durante el año de referencia de este Contrato Programa, las AGS iniciarán y/o consolidarán mejoras en las áreas de toma de muestras, relativas al confort de las instalaciones, aplicación de la oferta horaria, etc.

6 ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD

6.1 Plan Integral de Salud Mental de Andalucía

En el ámbito de la salud mental, el AGS desarrollará prioritariamente las siguientes líneas de actuación:

- Ordenación de la demanda.
- Mejora de la atención a pacientes con trastorno mental grave.
- Mejora de la calidad asistencial en las Unidades de Salud Mental
- Mejora de la atención a niños y adolescentes.
- Informatización de los servicios de salud mental.

Ordenación de la demanda

El AGS establecerá un plan de calidad junto con los dispositivos de AP que fomente la coordinación interniveles. Se mantendrá la capacidad de resolución de los Equipos de Salud Mental Comunitarios. Se pactará con AP el número de primeras consultas que oferta Salud Mental, para éstas, que será el mismo número de primeras consultas que el año anterior.

El AGS deberá asegurar la personalización de los cuidados mediante la asignación de una enfermera de referencia en las Unidades de Hospitalización y las Comunidades Terapéuticas y mediante una enfermera referente en aquellos dispositivos (ESMD, USMI-J, URA y HD) con más de una enfermera adscrita.

Seguirá desarrollándose la implantación de los procesos asistenciales “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones” y “Trastorno de la Conducta Alimentaria”, y comenzará la implantación del proceso “Trastorno Mental Grave” como elementos favorecedores de la coordinación entre niveles.

Mejora de la Atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave

El AGS garantizará que todo paciente con Trastorno Mental Grave (TMG) disponga de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), un responsable del Plan y un referente personal que garantice la ejecución de las actividades y el seguimiento del paciente.

Se evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral de estos pacientes en los siguientes aspectos:

- Actualización del censo de pacientes.
- Implantación del plan de individual de tratamiento basado en una valoración integral y plan de cuidados, incluyendo atención domiciliaria, programas de rehabilitación, psicoterapia y atención a familiares.
- Programas específicos que tengan en cuenta la continuidad de cuidados en atención comunitaria e intervención en crisis.

- Coordinación interniveles de salud mental e intersectorial con servicios sociales, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) y administración de justicia.

El AGS garantizará que a cada paciente con TMG se le realicen, al menos, 7 consultas programadas al año y que las consultas domiciliarias a dichos pacientes se mantenga, como mínimo, en los niveles del año anterior.

En cada Área / UGC de salud mental la Comisión de TMG se reunirá al menos 10 veces al año, con inclusión de profesionales de Salud Mental, AP y FAISEM.

Calidad asistencial en la Unidades de Salud Mental

El AGS garantizará que los distintos Equipos de Salud Mental remitan a las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, en el plazo de 48 horas, informes de ingreso y de continuidad de cuidados de aquellos de sus pacientes que sean ingresados en la misma.

Se fomentará un clima terapéutico adecuado mediante distintos programas con implicación tanto de facultativos como de personal de enfermería. La contención mecánica se aplicará según el protocolo establecido.

El AGS se ajustará al estándar establecido en el porcentaje de reingreso y a la estancia media para los pacientes con GDR 430.

Atención a los niños y adolescentes

El AGS fomentará la coordinación y cooperación de los profesionales referentes de la atención infantil de los Equipos de Salud Mental con los pediatras de AP y con las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia.

El AGS mantendrá una demora máxima para la primera consulta en USMIJ igual o inferior a 30 días y un número de consultas facultativo / día igual o superior a 7 consultas.

Informatización de los servicios de salud mental

Se completará la dotación informática de los Equipos de Salud Mental de cada AGS de referencia para su entrada en la historia de salud digital (Diraya).

6.2 Plan Integral de Oncología

Para el periodo 2005–2008 los objetivos en esta área serán los siguientes:

- Se habrá logrado la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados oncológicos ya definidos (Cérvix y endometrio, laringe, piel, próstata, mama, colon y recto, pulmón y cuidados paliativos) y aquéllos que pudieran definirse.

- Las AGS que se determinen desde la DGAS, crearán, pondrán en marcha o consolidarán, en su caso, un banco de tumores que se integrará en la Red de Banco de Tumores y líneas celulares de Andalucía.
- Se ordenará la atención al paciente oncológico mediante unidades funcionales, al menos para los tumores de mama, pulmón, colon y recto (digestivos), próstata (urológicos) y ginecológicos.
- Las AGS que se determinen por la Dirección General de Asistencia Sanitaria desarrollarán un Programa de Cáncer interno, de acuerdo con las recomendaciones que se emitan desde el Plan.
- Se asegurará el funcionamiento de las Comisiones Centrales de Tumores de acuerdo al Plan Oncológico.
- Las AGS tendrán organizada la administración de tratamientos citostáticos mediante unidades específicas en los Servicios de Farmacia.
- Las AGS contarán con una unidad para tratamiento de pacientes oncológicos con dependencia funcional de los Hospitales de referencia.
- Durante este periodo se completarán los Equipos de soporte de cuidados paliativos en los Hospitales definidos en el Plan Integral de Oncología.
- El AGS aumentará o mantendrá las actividades de captación del programa de detección precoz del cáncer de mama para conseguir una tasa de al menos un 75% (datos acumulados), reforzando las actividades dirigida a mujeres que se incorporan por primera vez al programa (Cribado inicial).
- El AGS asegurará la existencia de circuitos ágiles que permitan conocer la situación de las mujeres que han sido derivadas al Hospital para completar estudio o iniciar tratamiento, procedentes del Programa de detección Precoz del Cáncer de Mama.
- Los servicios y unidades relacionados con la atención al paciente con cáncer incorporarán el Código de Buenas Prácticas en Comunicación en sus estrategias de trabajo.
- Se ofertará en la cartera de servicios la técnica de biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGS) a las mujeres candidatas a tratamiento quirúrgico que cumplan los requisitos, según programa desarrollado por el PIOA.
- Se ofertará el abordaje tanto de los aspectos preventivos como terapéuticos del linfedema en mujeres afectadas de cáncer de mama, siguiendo las recomendaciones establecidas en subproceso.
- Se acometerán las medidas organizativas necesarias para el abordaje de la detección precoz del cáncer de cérvix según lo establecido en el Plan Integral.

En el año 2008:

- Se crearán dos Unidades Funcionales de acuerdo al PIOA en todos los Hospitales que tratan pacientes oncológicos. Una de ellas deberá estar dedicada al cáncer de mama.
- En las AGS que tengan unidad de citostáticos centralizada, la comunicación entre ésta y el servicio prescriptor deberá realizarse en el formato diseñado a tal efecto por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones.
- Los Hospitales de Linares y La Axarquía incorporarán a su cartera de servicios la administración de tratamiento citostáticos de toxicidad baja y moderada.
- El Hospital de Riotinto se dotará de equipos de soporte de pacientes en situación paliativa.
- Se establecerán los protocolos y circuitos necesarios para que la extracción de la analítica previa al tratamiento quimioterápico se realice desde AP y se valoren los resultados en el HDM antes de la consulta para la administración del tratamiento.
- A lo largo de 2008, se deberá garantizar que se mecanice en la aplicación informática específica el 100% de la información generada por las mujeres derivadas por el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
- A lo largo del 2008, se ofertará la biopsia selectiva del ganglio centinela a las mujeres que vayan a ser intervenidas de cáncer de mama y cumplan los requisitos necesarios para beneficiarse de dicha técnica.
- A lo largo del 2008, todos las AGS que no tienen servicio de medicina nuclear, se coordinaran con su Hospital de referencia para implantar o consolidar la oferta de biopsia selectiva del ganglio centinela.
- A lo largo del 2008, se establecerán las medidas necesarias para el abordaje del linfedema en la mujer con cáncer de mama.
- A lo largo del 2008, se establecerán las medidas necesarias para el abordaje de la detección precoz del cáncer de cérvix.
- A lo largo del 2008, se implantarán los procesos asistenciales integrados cáncer de pulmón y cáncer colorrectal.
- Las Unidades de Gestión Clínica incorporarán objetivos que se especifican en el PIOA.

6.3 Plan Integral de Diabetes

El AGS continuará durante este periodo la implantación del Plan Integral de Diabetes.

Durante el 2008, el AGS deberá potenciar la inclusión de toda la población con diabetes (aproximadamente el 6% de la población general), en módulos de procesos de la Historia TASS o DIRAYA, haciendo constar la realización de HbA1c, la exploración de fondo de ojos y la exploración de los pies, con sus respectivos resultados.

En el marco del Plan se contempla la atención en **Hospital de Día** como línea de acción para potenciar la red andaluza del citado Plan. Se fomentará que en los centros hospitalarios sea ofertada la atención en el ámbito del Hospital de Día para los pacientes con diabetes con las características referidas en el Anexo correspondiente de este Contrato Programa.

En el marco de las líneas de acción del Plan Integral de Diabetes, los Hospitales regionales y Hospitales de especialidades consolidarán a lo largo del 2008, los **modelos de coordinación** con los Hospitales comarcales con el fin de organizar la atención a las personas con diabetes, según las directrices que se marquen desde la DGAS. En el Anexo mencionado se señalan algunas de las situaciones en que esta coordinación se hace necesaria.

En el marco de las líneas de acción del Plan Integral de Diabetes, se desarrollará el programa de **Detección precoz de la retinopatía diabética**, poniendo los medios necesarios para garantizar la confirmación diagnóstica y el oportuno tratamiento de los casos que lo requieran.

Se promoverá la correcta derivación a los podólogos concertados, en base a los criterios establecidos.

En el marco de las líneas de acción del Plan de Diabetes, se facilitará la formación de profesionales sanitarios en **Educación Diabetológica** y se pondrán los medios necesarios para el desarrollo de esta actividad de forma estructurada y sistematizada dirigida a la población con diabetes atendida.

Se mantendrá una línea de comunicación con las **asociaciones de pacientes** dirigida a suministrar a las mismas información periódica sobre los avances producidos en la implantación del Plan.

6.4 Plan Integral de Cardiopatías

Prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares

Dada la alta prevalencia de factores de riesgo y de enfermedades cardiovasculares en Andalucía, se considera fundamental dar carácter prioritario al abordaje de este problema, donde AP tiene un papel clave, pero también los Servicios y UGC hospitalarios, siendo fundamental el trabajo conjunto de todos los niveles asistenciales para evitar duplicidades y potenciar las actuaciones ya desarrolladas en otro nivel. Es por ello fundamental priorizar la implantación del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y asegurar una adecuada formación de los profesionales médicos y enfermeras en el Proceso Riesgo Vascular.

Dado que existe acuerdo en que el mayor beneficio se logra mediante actuaciones en los grupos con mayor Riesgo Vascular, es fundamental lograr una correcta evaluación del Riesgo Vascular mediante la metodología adecuada prevista en el Proceso Asistencial Integrado de Riesgo Vascular en aquellos pacientes en los que exista al menos 1 factor de riesgo vascular mayor. Aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados previamente de alguna enfermedad cardiovascular, deben considerarse como de Riesgo CV Alto o Muy Alto, debiendo hacerse constar en la historia clínica. Asimismo, deben desarrollarse las actuaciones preventivas (ejercicio, dietéticas, etc.) y/o de tratamiento previstas en el proceso Riesgo Vascular.

Gestión del Proceso Asistencial Integrado Dolor Torácico

Las enfermedades coronarias continúan siendo la principal causa de mortalidad en Andalucía, y entre ellas, el Infarto Agudo de Miocardio con elevación de ST (IAMCEST), existiendo evidencia científica de los excelentes resultados en términos de reducción de mortalidad de la reperusión precoz. Es por ello que se deben priorizar las actuaciones que permitan disminuir los tiempos de atención en cualquier nivel asistencial del SSPA, así como desarrollar estrategias locales que permitan el acceso más precoz posible a un método de reperusión miocárdica (fibrinólisis o angioplastia primaria) al máximo número de personas que sufren un IAMCEST, teniendo en cuenta las especiales características geográficas locales, las distancias a los Hospitales de referencia, la disponibilidad de equipamientos y de personal especializado, etc.

Por otro lado, al igual que ocurre en otros países, existe un incremento progresivo de pacientes atendidos en el SSPA con Síndrome Coronario Agudo sin elevación de ST (SCASEST) y, aunque en este grupo de enfermos no existe la necesidad de una reperusión inmediata, sí que existe evidencia científica de la necesidad de realizar tratamientos más agresivos (tratamientos antiagregantes potentes y técnicas de reperusión) en aquellos pacientes de mas riesgo, por lo que existe acuerdo en la necesidad de catalogar a los enfermos con SCASEST de acuerdo a niveles de gravedad como paso fundamental para la toma de decisiones terapéuticas.

Evaluación de la calidad de la atención

La evaluación de la calidad de la atención es un aspecto fundamental de la práctica clínica, pero aún mayor si cabe, en determinadas áreas de la atención cardiológica, tales como la actividad de la Unidades de Hemodinámica y de Electrofisiología, así como de la atención del síndrome coronario agudo (SCA) y la cirugía cardiovascular de adultos y niños. Se espera de las mencionadas unidades asistenciales el mantenimiento de una estrecha vigilancia de su calidad asistencial, y en orden a llevarla a cabo, debe desarrollarse mientras se desarrollan los correspondientes módulos en la historia digital de salud, un sistema de registro de todos los procedimientos y técnicas realizados junto con un listado de los acontecimientos adversos mayores que hayan ocurrido. Los resultados deben ser analizados con regularidad, debiendo tener acceso a dichos resultados personas autorizadas del Servicio Andaluz de Salud, bien

sea mediante informes periódicos de actividad o mediante auditorias internas o externas de la documentación registrada.

Deben participar en este sistema de calidad, todas las unidades, secciones o servicios de Hemodinámica, Electrofisiología, Cirugía CV de adultos y pediátricos y Servicios de CCyU del SSPA.

A lo largo del 2008, el AGS organizará la atención con el nivel de complejidad que le corresponda y según modelo propuesto por el Plan Integral en las siguientes áreas: Reperfusión precoz, Rehabilitación cardiaca y Cirugía cardiaca infantil.

A lo largo del 2008, todos los hospitales de los grupos 3 y 4, junto con sus correspondientes Distritos de A. Primaria, desarrollarán el programa de **Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardiaca** según lo establecido por el Plan Integral de Cardiopatías.

6.5 Plan Integral de Tabaquismo

El hábito tabáquico es causa, de forma directa, de múltiples enfermedades, y acelera, de forma directa o indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Los servicios sanitarios brindan a los pacientes y familiares una buena oportunidad para abordar este problema de salud. Se debe garantizar la atención a los pacientes y sus familiares, según los criterios establecidos en el Plan Integral, el adecuado registro del hábito tabáquico en todas las historias clínicas, la formación de los profesionales y la coordinación interniveles para asegurar la continuidad en la atención de todas las personas fumadoras.

6.6 Plan Integral de Accidentalidad

Los accidentes constituyen la primera causa de mortalidad en edades jóvenes y por tanto, de años potenciales de vida perdidos. Casi un tercio de ellos se producen en el hogar, seguidos de los ocasionados en la calle, correspondiendo a partes iguales los accidentes de tráfico y los debidos a otras causas. Más del 80% de los accidentes requieren algún tipo de atención sanitaria.

Las AGS tendrán que ir desarrollando las líneas de actuación establecidas en el Plan Integral de Accidentalidad 2006-2012, tanto en aspectos asistenciales en la asistencia sanitaria a personas lesionadas o víctimas de accidentes como en los preventivos, especialmente en aquellos colectivos especialmente vulnerables: población infantil, juvenil y mayores.

Dicha atención se basa fundamentalmente en: Implantación del Proceso Asistencial Integrado Trauma Grave, desarrollo de la Rehabilitación Integral y adecuación de recursos materiales, humanos y tecnológicos.

6.7 Plan Integral de Obesidad Infantil

El AGS adoptará las medidas necesarias para desarrollar las líneas contenidas en el Plan Integral en los aspectos de detección precoz, despistaje de otras patologías, tratamiento y seguimiento. Tendrá que cuidarse especialmente la comunicación evitando comentarios negativos y culpabilizadores y analizando creencias de los profesionales que puedan interferir en un adecuado enfoque del problema.

6.8 Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008 - 2012

Durante 2008 el AGS comenzará la implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008 - 2012 en todos aquellos contenidos que le competen.

Durante el año 2008 será prioritario completar la implementación del Proceso de Cuidados Paliativos. Para ello se asegurará la oferta formativa de los profesionales del AGS, particularmente mediante rotaciones por las Unidades y Equipos de soporte de Cuidados Paliativos. En los hospitales en los que sea viable (desarrollo de Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de referencia) deberá estar incorporado el flujo de pacientes establecido en el proceso, especialmente en cuanto a la constitución de los Comités decisorios y el papel de las enfermeras de enlace para el manejo domiciliario del paciente terminal.

7 PRESTACIONES CONCERTADAS

La actividad asistencial que el AGS presta a través de contratos externos o convenios se orientará a la optimización de los recursos propios y se ajustará a los objetivos que se establezcan. Deberán aplicarse los protocolos y guías clínicas existentes y se elaborarán otros que se consideren necesarios. Además se realizará el seguimiento y control de la actividad y calidad del servicio y del gasto generado.

7.1 Prestación ortoprotésica

- El AGS adoptará las medidas necesarias para que la prescripción de estos productos sea la adecuada y se ajuste y no supere el presupuesto que se fije anualmente en los Anexos de los Contratos Programa.
- El AGS promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para determinados productos, se establezcan.
- El AGS adoptará las medidas necesarias para que el visado de aquellas prescripciones que lo requieran, se realice con arreglo a los requisitos establecidos.
- El AGS enviará a la Subdirección de Prestaciones de la Secretaría General del Servicio Andaluz de Salud los datos de prescripción y facturación de esta prestación, con periodicidad mensual, mediante los ficheros establecidos al efecto.

7.2 Terapias respiratorias domiciliarias

- El AGS promoverá la adecuación de las prescripciones a los protocolos que, para la oxigenoterapia convencional, están establecidos (circulares Servicio Andaluz de Salud 6/1997 y 2/1998). Asimismo, garantizará que se realicen las correspondientes revisiones de los pacientes en tratamiento (indicación y cumplimiento del tratamiento).
- El AGS adoptará las medidas necesarias para que las prescripciones de terapias de presión positiva continua en la vía aérea (C.P.A.P.) y de ventilación con presión positiva binivel espontánea o controlada (B.I.P.A.P.), se adecuen a los protocolos que al efecto se establezcan y, en todo caso, cuenten con el estudio polisomnográfico y/o poligráfico correspondiente.
- El AGS adoptará las medidas necesarias para adecuar las prescripciones a la prevalencia de estas terapias que se fijan en los Anexos del Contrato Programa.
- El AGS adoptará las medidas necesarias para comprobar que la empresa concertada cumple las condiciones fijadas en el pliego de prescripciones técnicas del contrato.

7.3 Transporte sanitario

- El AGS se ajustará al presupuesto fijado anualmente en el Contrato Programa.

- El AGS adecuará las prescripciones de traslados a la capacidad del servicio contratado, adoptando las medidas organizativas que faciliten la agrupación de pacientes en rutas y el uso más eficiente de los recursos.
- El AGS mantendrá el dispositivo definido para traslados urgentes.

8 ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Es un objetivo básico y prioritario de la organización el uso racional del medicamento. Para ello, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias que tiendan a conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes y lograr, de esta forma, que al final de 2008 el gasto por habitante del Servicio Andaluz de Salud sea el más bajo del Sistema Nacional de Salud.

8.1. Ámbito de la Asistencia Especializada:

El AGS cumplirá el objetivo sobre prescripción “por principio activo” que se fije anualmente en los Anexos de los Contratos Programa. Para ello, además de realizar las actuaciones que se estimen convenientes, facilitará periódicamente a los facultativos la información sobre el indicador establecido para dicho concepto y su evolución.

El AGS se ajustará a los objetivos sobre consumo farmacéutico de pacientes ingresados y no ingresados que, como máximo, se fijen anualmente en los Anexos del Contrato Programa.

Para conseguir estos objetivos se llevarán a cabo, al menos, las siguientes actuaciones de Uso Racional de Medicamentos:

- El AGS desarrollará y llevará a cabo las actuaciones y estrategias que, para la consecución de los objetivos previstos en la prescripción de medicamentos a través de receta, haya incluido en su Plan para el Uso Racional del Medicamento prescrito a través de recetas.
- Aquellas AGS que tengan informatizadas las consultas externas e implantada la aplicación informática Diraya realizarán el 100% de las prescripciones mediante el módulo de prescripción de dicha aplicación, preferentemente a través de Receta XXI cuando ésta esté disponible.
- El AGS dotará a sus botiquines de los medicamentos necesarios para garantizar la adecuada atención del paciente urgente. Dichos medicamentos podrán ser entregados al paciente en la cantidad que estime necesaria para atender a la situación de urgencia.
- En aquellas situaciones en las que se requiera prescribir fármacos para un tiempo más prolongado, el facultativo, conforme a lo establecido en la Circular 6/96, emitirá la correspondiente receta oficial del Servicio Andaluz de Salud. Aquellos Hospitales que tengan informatizadas las urgencias e implantada la aplicación informática Diraya realizarán el 100% de las prescripciones mediante el módulo de prescripción de dicha aplicación, preferentemente a través de Receta XXI cuando ésta esté disponible.
- El AGS llevará a cabo reuniones periódicas con los servicios médicos para explicar los objetivos y actuaciones contenidas en el Contrato Programa referentes al capítulo de farmacia, haciendo especial hincapié en todo lo

relacionado con las prescripciones a través de receta médica, con la participación directa de la Dirección Gerencia del centro. Cada AGS, levantará acta de estas reuniones y cumplimentará el documento establecido al efecto que será remitido mensualmente al Servicio de Suministros Farmacéuticos.

- El AGS promoverá la no-prescripción de novedades terapéuticas calificadas como de “insuficiente experiencia clínica” o “no aporta ninguna ventaja sobre las ya existentes”. Para ello, facilitarán a los facultativos información sobre la evolución del indicador por dicho concepto y los listados de estos medicamentos. Asimismo, difundirá entre los facultativos la información que avala estas calificaciones, en especial la Ficha de Novedades Terapéuticas y los informes al respecto, elaborados por CADIME con la colaboración del Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud.

- El AGS impulsará entre sus facultativos que las prescripciones realizadas a través de recetas se adecuen a los medicamentos seleccionados como de elección en los indicadores establecidos anualmente en los Anexos de los contratos programa. Estos indicadores se elaboran con la colaboración de Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del Servicio Andaluz de Salud. El AGS facilitará a los facultativos información sobre la evolución de dichos indicadores.

- Las adquisiciones de medicamentos se adecuarán, estrictamente, a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de Julio, del Servicio Andaluz de Salud.

- El AGS promoverá que la selección de medicamentos por parte de la comisión de farmacia y terapéutica se adecue a criterios de evidencia científica y eficiencia económica. Para ello realizará, al menos, las siguientes actuaciones:

- La comisión de farmacia y terapéutica seguirá estrictamente la metodología de la Guía para la Inclusión de Fármacos (GINF) para que la **inclusión de medicamentos** se adecue a la evidencia disponible y se tengan en cuenta factores económicos como impacto de la inclusión del medicamento tanto en el presupuesto hospitalario como en el del Área. A este fin, cada vez que se estudie la inclusión de un medicamento en guía, el AGS anejará al acta de la comisión de farmacia el informe GINF en que se basa la decisión de inclusión o no en guía de dicho medicamento.
- Tendrá en cuenta las recomendaciones que sobre inclusión de medicamentos se realicen en la Guía Farmacoterapéutica de Referencia.
- El AGS establecerá una estrategia de selección y utilización de “equivalentes terapéuticos” en aquellos medicamentos susceptibles de ello.

- Promoverá la no-inclusión y, en su caso, la eliminación de los medicamentos calificados como de valor intrínseco no elevado (VINE), en la guía farmacoterapéutica del centro.
- El AGS adecuará sus instalaciones y procedimientos para la preparación de medicamentos a lo establecido en el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero (BOE nº 65, de 16 de Marzo), por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, así como a la normativa que se publique para el desarrollo de este Real Decreto.
- El AGS reorganizará e implantará unidades centralizadas de Mezclas IV, y en especial las Unidades Centralizadas de Preparación de Citostáticos. A través de ellas, impulsarán el establecimiento de protocolos terapéuticos estandarizados y consensuados y promoverán la adecuación de las prescripciones a los mismos. Las indicaciones para las que se utilicen los medicamentos incluidos en lo protocolos deberán estar autorizadas por el ministerio de sanidad y consumo.
- El AGS realizará un **seguimiento y evaluación permanente de la utilización** de los medicamentos dispensados en el centro, impulsando la difusión activa de los resultados.
- El AGS adoptará las medidas necesarias para el correcto cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 2/2005 del Servicio Andaluz de Salud de "Creación de las Comisiones Asesoras para el Uso Racional de los Medicamentos utilizados en la artritis reumatoidea en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud".
- El AGS ordenará los medios necesarios para garantizar **el uso racional de los medicamentos que dispensa a pacientes ambulatorios**, llevando a cabo un riguroso seguimiento de dichos pacientes, especialmente en aquellos tratamientos que, por sus características, requieran de un especial control.
- El AGS seguirá adoptando las medidas necesarias para el correcto cumplimiento de la circular del Servicio Andaluz de Salud relativa a la **descentralización de la dispensación a pacientes externos** desde el servicio de farmacia del Hospital al que está adscrito el médico que instaura el tratamiento hasta el servicio de farmacia del Hospital que el paciente haya elegido.
- El AGS dedicará especial atención a la **optimización y explotación de sus sistemas de información** sobre medicamentos a fin de garantizar a sus equipos y profesionales una información de retorno periódica y continuada sobre el resultado de sus prescripciones, tanto las que resultan en una dispensación en el Hospital como las realizadas a pacientes externos a través de receta.

- El AGS llevará a cabo la **mecanización informática de la totalidad de las recetas asignadas** a sus facultativos a través del modulo de gestión de talonarios de la aplicación Farma.
- El AGS proporcionará, a través de la web, la información mensual que se recoge en el Anexo denominado "Prestación farmacéutica en instituciones hospitalarias".
- Con el fin de establecer un sistema de información homogéneo sobre adquisiciones y consumos de medicamentos en todo el Servicio Andaluz de Salud, el AGS adaptará sus programas informáticos de gestión de medicamentos a los requerimientos que el Servicio Andaluz de Salud determine.
- El AGS promoverá que los profesionales sanitarios comuniquen de inmediato al Centro Andaluz de Farmacovigilancia las sospechas de reacciones adversas causadas por los medicamentos de las que tengan conocimiento. Las notificaciones se realizarán a través de la cumplimentación de la "Tarjeta amarilla".

8.2. Ámbito de la AP:

Objetivo presupuestario de farmacia

- Se realizará un seguimiento del gasto farmacéutico mensual y pondrá en marcha las medidas necesarias a fin de que este gasto no supere el presupuesto fijado para 2008.
- Se realizará igualmente un seguimiento del número de recetas prescritas, que no deberá superar en más de un 2 % las del año anterior.
- Se deberá llevar a cabo el programa de especial control de la prescripción, según lo establecido en la circular 7/96, sobre aquellos médicos que, tras el análisis de su prescripción, considere necesario.

Prescripción de medicamentos por principio activo y de efectos y accesorios sin marca

- Se continuará impulsado la prescripción de medicamentos por principio activo, modelo de prescripción recomendado por la OMS y hoy día consolidado en nuestra organización. El objetivo es que en 2008, más de un 70 % de las prescripciones de medicamentos se realicen por principio activo.
- En 2008, se promoverá, igualmente la prescripción por nombre genérico, sin marca comercial concreta, de efectos y accesorios incluidos dentro de la prestación farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud. El objetivo es que en 2008, más de un 65% de las prescripciones se realicen según este modelo.

- Como parte de las intervenciones para desarrollar estas líneas facilitará periódicamente a los facultativos la información sobre los indicadores establecidos para dichos conceptos y su evolución.

Selección de medicamentos

- Se promoverá la adecuación de la prescripción a los criterios de selección medicamentos establecidos para 2008. Estos criterios son elaborados con la colaboración del Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del SAS, tras la evaluación de la evidencia científica disponible y de la situación de uso actual de los medicamentos implicados. Para cada criterio se ha definido un indicador de monitorización. Los criterios, indicadores y objetivos para cada AGS se describen en el apartado "Objetivos de Farmacia" del Anexo.
- Como parte de las intervenciones para promocionar la adecuación de la prescripción a estos criterios, se facilitará a los médicos información detallada sobre los criterios de calidad para 2008 y sobre la evolución de los indicadores de monitorización.

Prescripción electrónica: Receta XXI

Se impulsará entre los médicos que dispongan de Receta XXI la prescripción por este nuevo sistema. El objetivo 2008 para las AGS que dispongan del mismo, es que en Diciembre de este año, al menos un 50% de las prescripciones de medicamentos y productos sanitarios para enfermedades crónicas se realicen por Receta XXI.

Sesiones de farmacia y entrevistas individuales de información y seguimiento

Se continuará desarrollando, entre las intervenciones dirigidas a la mejora del uso de los medicamentos, Sesiones de Farmacia y Terapéutica y entrevistas personales con los médicos, con participación directa del Director Gerente. En 2008, estas intervenciones deben llegar al 100% de los médicos de AP.

Comisiones asesoras sobre uso racional de medicamentos

Se continuará impulsando las actividades de la Comisión de Farmacia como grupo asesor en el desarrollo de líneas estratégicas sobre promoción del uso adecuado de los medicamentos.

Asimismo se promoverá la formación y/o continuación del trabajo de la Comisión Interniveles para Uso racional de Medicamentos y los grupos de trabajo que de esta dependan.

Revisión de pacientes polimedicados

Se continuará impulsando la revisión anual de la medicación de los pacientes polimedicados mayores de 65 años de acuerdo con los criterios recogidos en la Oferta de Servicios de AP 2008.

Durante 2008 a través de la Comisión de Farmacia y los subgrupos de trabajo específicos que, dependiendo de esta, se consideren necesarios para este fin, se establecerá e implantará un procedimiento de normalizado de trabajo para la revisión de pacientes polimedicados, que contribuya a garantizar a mejorar la adecuación del uso de medicamentos en estos pacientes.

Sistemas de información

Se continuará trabajando en la optimización y explotación de sus sistemas de información sobre medicamentos a fin de garantizar a sus equipos y profesionales una información de retorno mensual periódica y continuada sobre su prescripción. En esta línea, con periodicidad mensual, se remitirá, al menos, la siguiente información:

- seguimiento de objetivo presupuestario
- seguimiento de la evolución de la prescripción por principio activo de medicamentos y prescripción sin nombre comercial de productos sanitarios
- seguimiento de la evolución del Indicador de calidad de la prescripción.
- seguimiento del grado de utilización de Receta XXI y en especial de los datos referidos a prescripciones de medicamentos y productos sanitarios de aportación reducida.

Se garantizará la calidad del sistema de información con la informatización del 100% de los datos de asignación de recetas a sus facultativos en la aplicación FARMA.

Evaluación e investigación

Como parte de la actividad evaluadora e investigadora, se promoverá la realización de estudios de prescripción-indicación como medio para detectar áreas de mejora en el uso de los medicamentos. Asimismo se participará en los estudios multicéntricos de este tipo promovidos por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.

Farmacovigilancia

Se continuará promoviendo que los profesionales sanitarios comuniquen al Centro Andaluz de Farmacovigilancia, de inmediato, las sospechas de reacciones adversas a los medicamentos de las que tengan conocimiento. Las notificaciones se realizarán a través de la cumplimentación de la tarjeta amarilla. Para el 2008 se alcanzará una tasa mínima de 9 notificaciones/100.000 habitantes.

Adquisiciones de medicamentos

Las adquisiciones de medicamentos se adecuarán estrictamente a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de Julio del Servicio Andaluz de Salud.

9 ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN

La investigación es un producto de alta relevancia dentro de la estructura del SSPA, que se dirige a sectores de público muy concretos -estudiantes, comunidad científica-, y con unas necesidades específicas que se deben cuidar especialmente, teniendo en cuenta las implicaciones y la incidencia de su labor en los avances y en la calidad de los servicios de salud, y el componente motivador que supone para los profesionales

El Servicio Andaluz de Salud, como organismo responsable del desarrollo y mejora en la oferta de servicios de sus profesionales, debe desarrollar programas y áreas de formación, investigación y producción científica.

El AGS aplicará las actuaciones que se deriven de la definición y desarrollo de los contenidos de intervención de la DGAS, en el marco del Plan de Investigación de la Consejería de Salud

El AGS durante el periodo 2005-2008 fomentará la investigación para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad de los cuidados, así como para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad clínica.

En el primer semestre de 2008 los Comités Locales de Ensayos Clínicos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán incorporado en su actividad el protocolo específico de seguimiento de los ensayos clínicos aprobados.

En el primer trimestre del 2008, los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán adecuado todos los contratos de ensayos clínicos al modelo único aprobado por la Consejería de Salud.

En 2008 se habrá pivotado el modelo económico de ensayos clínicos a los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud que éste decida.

Durante el 2008, el Servicio Andaluz de Salud habrá realizado en todos sus centros un Plan estratégico de investigación, que incluirá un análisis de la situación actual, las líneas prioritizadas, las alianzas internas y externas y los cambios organizativos que se contemplen.

En 2008, se habrá aumentado el número y la calidad de los proyectos de investigación realizados, sobre la base de los siguientes indicadores:

- **Número de proyectos solicitados en la convocatoria anual de la Consejería de Salud**
- **% de proyectos presentados con la calificación de: Aceptable, Bueno, Excelente.**
- **Número de proyectos solicitados a otras convocatorias nacionales**
- **% de proyectos financiados a otras convocatorias nacionales**

Asimismo, aumentará la calidad y cantidad de su producción científica internacional, medidas en base a:

- **Impacto bibliométrico: Número de documentos recogidos en el SCI en el que intervenga algún autor de las instituciones del Servicio Andaluz de Salud.**
- **Factor de Impacto Relativo.**

Durante 2008, el Servicio Andaluz de Salud potenciará la incorporación de los centros de AP a las estructuras de investigación existentes.

El AGS mantendrá informada anualmente a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre los proyectos de investigación activos, así como sobre los proyectos solicitados a y concedidos por Agencias financiadoras, de acuerdo con la información contenida en Anexo, así como la que sea recabada a lo largo de la vigencia de este Contrato Programa.

10 ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN

FORMACIÓN CONTINUADA

El Proyecto 9 sobre PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL del II PLAN DE CALIDAD, establece entre otros aspectos la necesidad de establecer planes de Desarrollo Profesional ligados a planes de formación continuada de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo tanto del Servicio Andaluz de Salud. Por otro lado plantea la necesidad de desarrollar/implementar acciones formativas con criterios de adecuación y pertinencia y por último establece la necesidad evaluar el impacto del aprendizaje a través del desarrollo de metodologías específicas.

Todo esto debido a que la gestión de la formación continuada es considerada como factor clave en el Desarrollo Profesional, tal como lo determinan las leyes básicas del Sistema Nacional de Salud y en particular el Estatuto Marco, que configura la formación como un derecho y un deber de los profesionales y así se reconoce en el Acuerdo de 16 de mayo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de políticas de personal para el periodo 2006-2008.

La formación continuada por tanto, al adquirir la condición de derecho, se convierte a la vez en una obligación del profesional y se debe concretar en los planes de desarrollo individualizados que se diseña a partir de las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional, las necesidades derivadas del modelo de Acreditación del SSPA y las derivadas del Modelo de Carrera Profesional del SAS.

La formación continuada, como instrumento para el desarrollo profesional, debe guardar una estrecha relación con la evaluación de competencias, todo ello enmarcado y orientado prioritariamente a las siguientes áreas formativas:

- la gestión por competencias,
- la gestión por procesos asistenciales,
- la atención al cliente,
- la gestión clínica,
- los planes de cuidados de enfermería,
- el uso racional de medios diagnósticos,
- las infecciones nosocomiales,
- el uso racional del medicamento y medios tecnológicos y terapéuticos,
- los sistemas de información,
- la gestión de compras,
- la prevención de riesgos laborales.

Las actividades de formación para la mejora de los cuidados enfermeros se orientarán prioritariamente a las áreas de "Metodología Enfermera", "Organización de los Servicios Enfermeros: Personalización" y "La Ética y los Valores del cuidado" y "Aspectos relacionados con la comunicación". Se desarrollarán actividades de formación conjuntas con los profesionales de AP fundamentalmente en Continuidad de Cuidados.

Se dará una especial relevancia a la necesidad de acreditar las actividades formativas realizadas en el Centro según el procedimiento establecido en el DECRETO 203/2003, de 8 de julio, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y cuyos objetivos nacen de las necesidades siguientes:

- Mejorar la calidad de la formación continuada sanitaria, contribuyendo a mantener y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios.
- Adecuar la formación continuada sanitaria a las necesidades de salud de los andaluces y al desarrollo tecnológico, científico y de organización, eficaz y eficiente, del sistema sanitario y sus profesionales.
- Garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias a través de la formación continuada, herramienta fundamental de la política de gestión de personas y fórmula de garantía de eficacia de cualquier proceso de transformación y cambio.

FORMACIÓN POSTGRADUADA

En el ámbito de la formación postgraduada, el AGS potenciará actividades de formación continuada dirigidas a la adquisición de las competencias de los tutores de especialistas sanitarios en formación del SSPA, definidas en la Instrucción nº 1/05, de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud.

Comisiones de Docencia y Asesoras de formación postgraduada:

Siguiendo la Instrucción nº 1/05 de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, sobre el sistema de **autorización de los tutores de los especialistas en formación en el SSPA.**, las Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras realizarán el proceso de autorización de los tutores.

La Dirección del AGS nombrará a los tutores tras realizarse el proceso de autorización.

Desde las Comisiones se **potenciará la acreditación docente en especialidades deficitarias** en formación, según el estudio de necesidades de formación postgraduada de la DGAS.

Estos procesos de acreditación deberán tener el informe favorable de la Comisión y el de la Dirección del AGS. Las solicitudes de acreditación se dirigirán a la DGAS, para su evaluación y tramitación oportuna.

APOYO A LOS PROFESIONALES

El AGS implantará los acuerdos, recomendaciones, directrices clínicas y asistenciales que con la participación de las Sociedades Científicas y de los

Profesionales Sanitarios en general se desarrollan en la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Las AGS con centros sanitarios en barriadas o zonas con necesidades de transformación social elaborarán y desarrollarán las medidas de organización funcional y estructural del centro así como programas específicos de formación necesarias como apoyo profesional y una adecuada atención a los usuarios.

Se llevará a cabo una evaluación y analizará inicialmente las necesidades específicas de cada centro y se harán propuestas de mejora en cuanto a la organización funcional, estructural y formativa orientada a los profesionales y la población. Todas las evaluaciones propuestas y actuaciones emprendidas serán enviadas a los SSCC (a la Subdirección de Coordinación de la Salud).

11 GESTIÓN AMBIENTAL

Como culminación del objetivo (2004-2008) de implantación del Sistema Integral de Gestión Ambiental del SAS, a lo largo de 2008, el alcance de la certificación del SIGA SAS incluirá a la totalidad de centros dependientes del Organismo.

Siguiendo con la línea marcada en años anteriores todas las contrataciones de prestación de obras y servicios, tanto en actividades asistenciales como de soporte, han de incluir cláusulas tendentes a la asunción del adjudicatario de la titularidad de los residuos generados en la prestación del mismo. Igualmente los Pliegos de Prescripciones Técnicas han de incluir cláusulas tendentes a la minimización del impacto ambiental inherente a la prestación del servicio (consumo de agua, energía, vertidos contaminantes, etc.).

En 2008, como medida de corresponsabilización en la gestión de residuos, los centros asumirán el gasto del excedente de producción según los criterios que oportunamente se determinen por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

A lo largo de 2008, todos los centros hospitalarios tendrán implantados sistemas de recogida selectiva de residuos asimilables a urbanos susceptibles de reutilización, valorización y/o reciclaje (papel, cartón, madera, briks, envases ligeros, plásticos, etc.) según la línea de trabajo desarrollada por la DGAS para facilitar este objetivo.

Siguiendo con la política de reducción en el consumo de recursos naturales, salvo compromisos previos que lo imposibiliten, el 35 % del total del papel consumido en el centro durante 2008 deberá ser de reciclado, preferentemente con procesos de blanqueado libres de cloro total o parcialmente (E.C.F. o T.C.F.).

En consonancia con las directrices emanadas de la UE todos los centros incluirán medidas tendentes a la desaparición del uso del mercurio en los aparatos médicos de medición. A lo largo de 2008, al menos el 25% de los centros han de tener sustituidos los principales aparatos de medida (tensiómetros y termómetros) por otros de tecnología carente de este tóxico.

Como línea de acción tendente a la disminución de emisiones procedentes de vehículos, los centros articularán medidas al objeto de facilitar, especialmente a los trabajadores de los mismos, el acceso a los mismos potenciando el uso de transportes públicos y vehículos compartidos. Estas medidas han de ser evaluadas periódicamente.

12 ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

El Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, le atribuye a la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud las competencias necesarias para el continuo desarrollo de un marco organizativo y normativo a través de la definición y desarrollo de nuevas políticas de recursos humanos que permitan el desarrollo de las competencias de nuestros profesionales, con el objetivo último de propiciar la mejor atención sanitaria a los usuarios de nuestro Sistema, entendiendo que el pilar fundamental en que se basa la mejora continua, es el inmenso potencial que poseen las personas que trabajan en esta Organización.

La firma del Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de Política de Personal para el periodo 2006-2008, firmado por unanimidad con todas las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, y su posterior ratificación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y publicación en el BOJA el 31 de julio, supone un nuevo marco que está permitiendo el desarrollo de nuevas líneas de políticas de personal esenciales para la Organización como el Modelo de Carrera Profesional, cuya finalidad básica es la búsqueda del reconocimiento del profesional del Servicio Andaluz de Salud mediante la evaluación y acreditación de sus competencias, de los resultados asistenciales que consigue, de la evaluación de su desempeño profesional y de otros méritos relacionados con la formación continuada acreditada, la docencia, la investigación y el compromiso con la organización.

Por otro lado el nuevo modelo de reordenación de la atención urgente tanto en el ámbito de la AP, como en el de la AE que permite la adecuación de nuestros profesionales a lo regulado en el Estatuto Marco sobre tiempos de trabajo y régimen de descansos de los trabajadores entre jornadas de trabajo a la vez que facilita y mejora la conciliación de la vida familiar y laboral de nuestros profesionales, modelo innovador y sin precedentes en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, mediante la publicación de la Resolución 2215/07 de 20 de Agosto de la Dirección Gerencia, se apuesta por la unificación de los incentivos económicos ligados a la consecución de resultados en las Unidades de Gestión Clínica, con los incentivos procedentes del Modelo de Complemento al Rendimiento Profesional, sin renunciar a seguir recompensando el especial esfuerzo y desempeño individual de nuestros profesionales, manteniendo diferencias retributivas según el grado de dificultad de los objetivos definidos en función de la constitución o no del grupo de profesionales como Unidad de Gestión Clínica.

De manera que hacemos una invitación a seguir trabajando como cada año con la intención de mejorar el grado de implicación de nuestros profesionales, a través de su desarrollo profesional, que permita a su vez garantizar la mejor asistencia sanitaria, orientada al ciudadano y asegurando la mayor satisfacción de los usuarios con el trabajo que realizamos en el Servicio Andaluz de Salud.

13 ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA

Los objetivos del área económica para el periodo 2005-2008 persiguen que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad.

13.1 Gestión Presupuestaria

En el periodo 2005 a 2008 el centro ajustará su nivel de gasto a los importes globales que resulten de la aplicación del modelo de financiación establecido sobre una base capitativa.

Para ello en el ejercicio 2008 el centro deberá realizar las acciones necesarias que le lleven a conseguir los resultados fijados en este Contrato Programa.

En el periodo 2005 a 2008 se mantendrá el subsistema de información de presupuestos en los términos consolidados en los ejercicios anteriores constituyendo el cuadro de mandos para la toma de decisiones tanto por parte de los directivos del centro como para la Dirección del Servicio Andaluz de Salud.

Durante el periodo 2005 a 2008 el centro mantendrá los objetivos de regularidad de ejecución presupuestaria y de contabilización de obligaciones como elementos básicos para asegurar la eficiencia y continuidad de los procesos de carácter económico.

En el mismo sentido, la evolución de la realidad presupuestaria ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información de gestión analítica y financieros.

13.2 Gestión de Compras y Logística

Las principales líneas de actuación del Servicio Andaluz de Salud en materia de compras y logística durante el año 2008 se centrarán sobre los siguientes contenidos:

- Promover la planificación de las necesidades y ejecución de las compras en todos los niveles de la organización, como estrategia de racionalización y mejora continua de la eficiencia.
- Potenciar la introducción de prácticas de gestión en los procesos de compra que refuercen la estrategia corporativa del Servicio Andaluz de Salud.
- Consolidar las existentes e implantar nuevas herramientas de soporte del sistema corporativo de compras.
- Continuar avanzando en el diseño, desarrollo e implantación del Sistema Integral de Gestión Logística (SIGLO®) y en el proceso de articulación del Sistema Corporativo de Logística.

Para la consecución de tales objetivos, los Centros:

- Otorgarán la máxima prioridad a eliminar los obstáculos que limiten o condicionen el funcionamiento pleno de las herramientas corporativas de compras (Catálogo y Banco de Productos, *Publiline*) en su ámbito de responsabilidad.
- Identificarán los productos que deseen adquirir única y exclusivamente mediante la pauta definida por el Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), especialmente en los documentos necesarios para la contratación del suministro.
- Exigirán a sus proveedores, mediante obligación contractual:
 - La identificación de sus productos mediante Código EAN, y su simbolización en código de barras en los envases y embalajes de los mismos, conforme a las instrucciones fijadas por la Dirección Gerencia y la Dirección General de Gestión Económica.
 - La identificación en los documentos de soporte de la transacción comercial a través del Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), y cuando corresponda el número de inscripción en el Registro de Implantes Quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud.
 - Los requerimientos logísticos relativos a la entrega de los productos suministrados, de acuerdo con las directrices que a este respecto acuerde la Dirección General de Gestión Económica.
- Adaptarán la organización y el funcionamiento de su sistema logístico propio a los criterios contenidos en el Manual de Acreditación y Procedimientos Logísticos aprobado por la Dirección General de Gestión Económica.
- Promoverán la participación de los profesionales de sus Centros en los procesos de evaluación vinculados al Banco de Productos y en los programas de formación y actualización organizados al efecto.
- Formalizarán pactos de consumo con todas sus Unidades y Servicios con relación a la actividad que desarrollan, e incorporarán la información contenida en dichos pactos a los sistemas corporativos de información y gestión, para su seguimiento y control.

13.3 Gestión Financiera

En la línea seguida en el año 2007, de potenciar e incrementar las actuaciones en el área de ingresos y reducir el periodo medio de pago (entendido éste en la fase en que a la tramitación de las obligaciones se refiere) se plantea para el año 2008, como objetivos prioritarios en el marco de la Tesorería la potenciación del procedimiento de liquidación de derechos y análisis de las demoras en la tramitación de liquidaciones, mediante la utilización del módulo que a tal efecto se ha desarrollado en el Sistema Unificado de Recursos (S.U.R.) de la Junta de Andalucía, y la reducción del periodo de disposición – para pago – en ámbito de Tesorería, o Gestor Pagador en caso de que se liquiden por el centro, de las obligaciones a pagar. Todo ello, integrado en el marco de una Unidad que realice las funciones de Tesorería – Ingresos y Pagos – del Órgano Gestor

Objetivos de Ingresos

- Cada centro deberá alcanzar un número de liquidaciones notificadas equivalentes al que figura en el Anexo de objetivos dentro de la Línea de Acción 1.5. “Servicio y asistencia a no beneficiarios”.
- En el ejercicio 2008 todos los centros deberán facturar la asistencia sanitaria prestada a asegurados de países de la Unión Europea (UE), del Espacio Económico Europeo (EEE) y de Suiza, mediante la aplicación FISS-WEB del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Objetivos de Pagos

- Las facturas que se sitúen en ámbito de pagos – Anticipo de Caja Fija o Tesorería Central - no deberán haber superado un tiempo de tramitación superior a los 40 días desde su fecha de recepción. Se anotará en el haber de cada centro el cálculo del interés, al tipo vigente, que resulte de la diferencia en días desde los 40 hasta la fecha de su efectiva situación en ámbito del Gestor Pagador, en caso del Anticipo de Caja Fija, o de Tesorería, en caso del pago en firme.

13.4 Contabilidad de Costes (COAN-hyd)

Desde el año 2002, en el que se implantó la nueva aplicación de Contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad COAN-hyd, con el diseño del mapa de centro sanitario y datos históricos del año 2002, y durante los ejercicios posteriores, se ha desarrollado y consolidado la nueva aplicación en la práctica totalidad de los centros.

Los objetivos para el periodo 2005-2008 son los siguientes:

- Elaboración y remisión a SS CC. del COAN-hyd del año anterior antes del 29 de Febrero del ejercicio corriente, con los requisitos de calidad que se establecen en la línea de Acción 1.6. del Anexo de Objetivos.

- El mapa del centro incorporado en el COAN-hyd debe reflejar la realidad del mismo, en cuanto a centros de responsabilidad y líneas funcionales pertinentes: Hospitalización, consultas externas, CMA, cma, pruebas funcionales, HDM, urgencias no ingresadas y sesiones.
- Debe existir un direccionamiento correcto de costes, actividad e interconsumos a los centros de responsabilidad y cada una de sus líneas funcionales, previa organización de los sistemas de información del AGS, para incorporar el máximo de datos de manera automatizada.
- Los objetivos que se pacten con los centros de responsabilidad y/o unidades clínicas, concretados en su presupuesto clínico y operativo, deberán estructurarse siguiendo el formato incorporado en el programa de Contabilidad COAN-hyd y serán coherentes con la financiación del centro, de manera que su suma se corresponda con la financiación total recogida en este Contrato Programa.
- El seguimiento de dichos objetivos plasmados en los informes mensuales del COAN-hyd, deberá entregarse a los responsables de dichos servicios, unidades clínicas y resto de centros de responsabilidad con periodicidad mensual con objeto de que constituyan un verdadero instrumento de control de gestión.
- El seguimiento del objetivo de interconsumos entre centros de responsabilidad clínicos e intermedios se hará en URVs, debiendo estos centros expresar su producción en dicha unidad.
- Las AGS facilitarán y participarán en las auditorías selectivas que se planteen desde los SSCC para constatar el cumplimiento de los objetivos relacionados con este programa.

13.5 Responsabilidad Patrimonial y Gerencia del Riesgo

La gestión del riesgo es una función directiva que se incorpora a las tareas diarias de dirección y gestión midiendo la calidad del trabajo.

Es un instrumento de gestión que se incorpora al Contrato Programa como un indicador de calidad asistencial a alcanzar (minimizar el número de siniestros) que debe tener una repercusión en términos de dotación presupuestaria, dado el coste económico que estos tienen para el Organismo, a través de las indemnizaciones a los ciudadanos afectados y como consecuencia el encarecimiento de las primas de las pólizas contratadas. Los objetivos a alcanzar en el periodo 2005-2008 son:

- Identificar las situaciones que inciden en la asunción de responsabilidad patrimonial en las reclamaciones consecuencia de un funcionamiento normal de los servicios sanitarios por la falta de antecedentes médicos documentales.
- Establecer mecanismos de prevención de estas situaciones.

- Agilizar la tramitación del procedimiento administrativo en materia de responsabilidad patrimonial mediante el cumplimiento de los plazos establecidos en las Instrucciones dictadas al efecto.

Para ello, los centros cuidarán especialmente los siguientes aspectos:

- **Consentimiento Informado:** Los procesos, tanto diagnósticos como terapéuticos, recogidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, deberán ir acompañados del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado en su totalidad y recogiendo las alternativas terapéuticas. Informado el paciente, deberá anotarse en la Historia Clínica.
- **Obstetricia:** Una de las principales causas que originan expedientes de responsabilidad en AP son los derivados de los “riesgos del embarazo”. Por tal circunstancia, se constatará y anotará en la Historia Clínica que a la mujer se le informa de los mismos en tanto estos existan. En la Asistencia Hospitalaria deberán conservarse siempre los Registros Cardiotocográficos (RCTG) y cumplimentarse exhaustivamente y conservarse todos los apartados del partograma.
- **Servicios de Urgencias:** Deberán cumplimentarse adecuadamente el informe de urgencias, desde el registro de la hora de entrada y salida, hasta la especificación de la derivación del paciente al especialista o médico de cabecera, que siempre deberá aparecer de forma clara y precisa.
- **Extravío de Prótesis:** Se establecerán con carácter general protocolos para la custodia y depósito de las prótesis que puedan portar los pacientes.

14 ÁREA DE INVERSIONES

El Servicio Andaluz de Salud realizará un plan especial en infraestructuras, mantenimiento y reposición de los Centros de Salud actuales y continuará con el plan de inversiones de nuevos Centros de Salud en Andalucía. Para ello, pondrá en marcha un sistema de identificación de necesidades, que permita la asignación de recursos para garantizar la idoneidad en el mantenimiento de los centros de salud andaluces. El AGS participará en la identificación de estas necesidades y será el responsable de su resolución.

Se elaborará una nueva guía de diseño de infraestructuras y equipamiento de los Centros de AP del futuro, adaptándolos a las nuevas necesidades de los ciudadanos, profesionales, y a las nuevas tecnologías.

El Servicio Andaluz de Salud optimizará su grado de ejecución presupuestaria en las operaciones de capital (con excepción de las correspondientes al servicio 07, salvo financiación efectiva y material del mismo), aproximándose en todo lo posible a la ejecución del 100% del total del crédito definitivo del capítulo VI de su presupuesto de gasto.

15 ÁREA DE FINANCIACION

Se entiende como financiación la asignación presupuestaria que la Dirección del Servicio Andaluz de Salud establece para que las AGS presten asistencia sanitaria a los ciudadanos. La financiación constituye un elemento de regulación básico que ha de ser coherente y estar integrado con la cartera y oferta de servicios del AGS.

Un objetivo básico del Servicio Andaluz de Salud es lograr una producción óptima de Servicios Sanitarios con los recursos disponibles. Para ello, el modelo de financiación diseñado se configura como un modelo prospectivo en el que se establecen un presupuesto global cerrado para cada centro y los correspondientes objetivos de actividad.

El modelo vinculará progresivamente la financiación para el periodo 2005-2008 a la población de referencia del centro. Este modelo trata de forma diferenciada las características específicas de cada AGS, permitiendo configurar el presupuesto como una herramienta de gestión.

Las siguientes cláusulas regulan el marco financiero del presente Contrato Programa:

- El marco financiero elaborado debe ser considerado como definitivo para el ejercicio del año 2008.
- Los recursos financieros asignados al centro para el año 2008 se detallan en el Anexo de objetivos económicos de este Contrato Programa.
- El centro acometerá las mejoras de gestión necesarias que le permitan alcanzar los compromisos de este Contrato Programa, adecuándose a la dotación establecida.
- Las propuestas de prestaciones adicionales a las contempladas en el presente Contrato Programa para el año 2008 requerirán la aprobación de la Dirección del Organismo.

El modelo de financiación para el año 2008 contempla tres bloques de financiación:

- Financiación por atención sanitaria a la población: El modelo financiero de asignación a cada centro para atención sanitaria a la población adscrita se estructura mediante el ajuste de una tarifa sobre una base capitativa con objeto de promover el uso costo efectivo de los Servicios Hospitalarios. Esta financiación constituye un máximo de autorización de gasto.
- Ingresos diferenciales: Recogen la financiación para programas o Servicios específicos que no tienen una base capitativa como son la Formación IR, las inversiones y otros programas específicos.
- Autorización de nuevos servicios 2008: Este apartado recoge la financiación específica para la puesta en marcha de nuevos servicios durante el ejercicio 2008. Estos nuevos servicios deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Significar un incremento substancial en la cartera de servicios o en la estructura funcional del centro.
- Contar con la autorización expresa por parte de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, tanto del nuevo servicio, como de su financiación.
- No estar incluidos dentro de aquellos otros nuevos servicios que puedan ser autorizados con cargo a mejoras de gestión de cada centro, y, por tanto, ser financiados sobre la base de la redistribución de los recursos propios del mismo.
- No haber sido autorizados como nuevos servicios en ejercicios anteriores, en cuyo caso su financiación ya está contemplada en el apartado primero del modelo.

16 ÁREA DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

El AGS llevará a cabo en su ámbito las actuaciones correspondientes de entre las contempladas en el Plan Integral de Evaluación Tecnológica, definido por la Consejería de Salud, el Servicio Andaluz de Salud y la Agencia de Calidad Sanitaria.

17 ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

En el marco de la estrategia de implantación de **sistemas de información corporativos**, durante el periodo de vigencia de este Contrato Programa el AGS implantará el sistema de Historia Digital de Salud, Diraya, en los siguientes ámbitos:

- Área Clínica de AP
- Procesos Asistenciales
- Citación de consultas externas y pruebas diagnósticas
- Admisión y archivo
- Área Clínica de Urgencias
- Área Clínica de Consultas Externas
- Área Clínica de Hospitalización y Cuidados
- Petición de Interconsultas y Pruebas Diagnósticas
- Prescripción electrónica

Previamente deberá tener implantados los subsistemas de soporte: Base de Datos de Usuarios, Estructura de AE y Módulo de Acceso Centralizado de Operadores.

- La Base de Datos de Usuarios es el fichero de pacientes común para todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El AGS se compromete al uso correcto de la misma, a velar por la calidad de sus datos y al cumplimiento de los procedimientos establecidos. Adoptará el Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA) como identificador principal de sus pacientes.

- Se validarán las propuestas de alta así como el registro de las solicitudes de tarjeta (por pérdida, deterioro, error de datos, no recibida...) que se produzcan en su ámbito territorial. La validación o rechazo de las propuestas de alta debe realizarse en un plazo de un mes. Se gestionarán las tarjetas devueltas por Correos, verificando el domicilio y reenviándolas a sus destinatarios. Se velará específicamente por evitar la introducción de duplicados.

- En relación con la Base de Datos de Usuarios son objetivos específicos del AGS la propuesta de alta de los nacidos en el hospital y el paso a pasivo de los pacientes que fallecen en él.

- El AGS mantendrá permanentemente actualizados los datos de su estructura física (consultas, salas, boxes, etc.) en el Módulo de Estructura de Diraya y solicitará al Servicio de Cartera de Servicios de la Dirección General de Asistencia Sanitaria las modificaciones que desee introducir en su estructura funcional. En función del ritmo de implantación, el AGS se compromete a incorporar los datos correspondientes a las diferentes líneas de actividad.

- Los Centros de AP ofertarán sus servicios a través de las agendas de Diraya. Esta oferta debe estar abierta a InterSas-Cita SMS y, en la medida en

que se realice la extensión del proyecto de Salud Responde, estas agendas serán ofertadas a través de dicho servicio.

- El AGS ofrecerá las primeras consultas a los centros de AP a través de las agendas de Diraya. Es objetivo del AGS que todas las consultas externas se citen con este módulo.
- El AGS utilizará los gestores de peticiones y el módulo de Citación de Diraya para la gestión de pruebas diagnósticas. Asimismo, implantará el Sistema de Información Radiológico corporativo para la gestión de pruebas de radiología. El AGS se compromete a adoptar el modelo de almacenamiento y distribución de imágenes diagnósticas que regulará la Secretaría General.
- El AGS realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación del Módulo Clínico de AP de Diraya. En coordinación con la Secretaría General migrará todos los puntos de TASS a Diraya donde la Red Corporativa de la Junta de Andalucía disponga de comunicaciones adecuadas. Esta migración incluirá por parte del AGS la formación de sus profesionales y en los centros de tres o menos puestos cliente la distribución e instalación del hardware. Impulsará el registro de toda la información clínica en la Historia Digital de Salud por parte de sus profesionales.
- El AGS realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación del Módulo Clínico de Consultas Externas Diraya. A final de 2008 habrá finalizado la implantación del módulo en esta área asistencial.
- El AGS integrará su Sistema de Información de Laboratorio con el Módulo de Pruebas Analíticas de Diraya, de forma que se permita la gestión informatizada de las solicitudes, extracciones y devolución automática de resultados a la historia del paciente.
- El AGS implantará en todos sus dispositivos de urgencia la aplicación Diraya en coordinación con la Secretaría General. Una vez implantada, mantendrá formados a sus profesionales en el uso de la misma.
- A partir de la implantación del Módulo Clínico de AP, Consultas Externas y del Módulo de Urgencias, el AGS impulsará la prescripción de todo tipo de tratamientos por el sistema Receta XXI, independientemente de la duración de los mismos (máximo de un año).
- El AGS realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación de Diraya en los ámbitos de admisión, área clínica de hospitalización y cuidados de enfermería, y aquellos otros que sean desarrollados o adoptados por la organización.

El AGS migrará su actual solución de **gestión de suministros** a la nueva aplicación corporativa que establezca la Central Logística de Compras. Esta migración incluirá la formación del personal así como la implantación de la misma.

El AGS implantará y mantendrá actualizado el **Directorio de Recursos Informáticos** de su centro, siendo la información recogida en éste la única oficial a efectos de planificación y gestión de estos recursos, estando sujeta a auditoría por parte de la Dirección Regional de Sistemas y Tecnologías de la Información.

El AGS velará por el cumplimiento de la **política de seguridad y confidencialidad** en el tratamiento de la información que dicta la Secretaría General. Asegurará la implantación y difusión entre el personal del Manual de Seguridad de la Información Corporativa aprobado por la Secretaría General.

Asimismo, dado que la gestión de operadores se realiza de manera descentralizada, el AGS garantizará la correcta asignación de perfiles e informará a los operadores de su papel en el uso de los datos. Los operadores deben aceptar las obligaciones que conlleva dicho acceso, según la legislación vigente, y comprometerse por escrito a utilizar los datos únicamente para las funciones establecidas en el SSPA y para las que son recogidos, a cumplir las normas básicas de seguridad de acceso y a mantener el obligado secreto profesional en relación con los datos que puedan manejar. El AGS gestionará las bajas de operadores que correspondan.

El AGS velará por el cumplimiento de las **normas de utilización de sistemas informáticos** establecida por la Junta de Andalucía y las que en su desarrollo establezca la Secretaría General.

El AGS incluirá entre sus planes de **formación continuada** el aprendizaje y perfeccionamiento en el uso de las herramientas de información corporativas.

El AGS facilitará la asistencia a grupos de trabajo y el trabajo remoto del personal técnico que le sea requerido para el desarrollo y seguimiento de proyectos corporativos.

18 ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Durante 2008 sigue constituyendo un elemento de estratégica prioridad potenciar la ordenación y sistematización de los sistemas de información en los siguientes aspectos:

- El desarrollo de DIABACO, para recoger las normas de calidad de los procesos, la actividad de los profesionales y los requisitos del desempeño profesional necesarios para la acreditación de los diferentes niveles de la carrera profesional.
- El desarrollo de DIRAYA, sobre todo en los aspectos relacionados con la actividad de enfermería y el producto sanitario a través de los ACG.
- El desarrollo del sistema de información de las urgencias y emergencias a través de MTI urgencias

Los sistemas de información que se consideran prioritarios desde el punto de vista de la asistencia sanitaria en AP, son los siguientes:

- Base de datos de Usuarios del SSPA (BDU), y sus aplicaciones de acceso (GADU) y de explotación estadística (MTI-BDU)
- Registros de actividad y de indicadores clínicos a través del Sistema de Información para la Gestión de AP (SIGAP), para los centros que aun mantengan el modelo de historia clínica TASS, así como para los dispositivos de apoyo.
- Historia sanitaria digital única de Andalucía (DIRAYA)
- Explotaciones estadísticas de la historia sanitaria digital de Andalucía realizadas a través de aplicaciones de gestores de bases de datos, y en concreto de actividad realizada (MTI-citas) y el módulo de explotación de la información clínica (DIABACO).
- Sistema de información geográfica del SSPA (SIG, también denominado GIS).
- Sistema de Información de farmacia (SIFARMA)
- Contabilidad analítica de los centros de gasto de AP (COAN-DyH)
- Sistema integrado de alerta (SIA)
- Encuestas de satisfacción de los centros de AP

Durante el año 2008 se continuará la implantación del Sistema Integrado de Alertas y se asegurará la detección de alertas epidemiológicas en el Sistema para lo que se realizarán las siguientes actuaciones:

- Favorecer la detección de alertas de origen comunitario en el ámbito de AE.
- Declaración de alertas por efectos adversos a la asistencia sanitaria y por productos sanitarios según las causas establecidas en el SIA.

El AGS apoyará la evaluación de la práctica clínica a las indicaciones y estándares clínicos pactados por el Servicio Andaluz de Salud con las Sociedades Científicas y trasladados a los centros.