

En este número

- La Central Logística de Compras, un nuevo concepto en la Organización
- Gerencia de Riesgos página 2
- Primera Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería
- Gestión clínica y de cuidados en atención primaria página 3
- ¿Qué es la Mesa Sectorial de Sanidad?
- Así se evalúan los proyectos de investigación a financiar por el SAS página 4

Editorial

Desde este número uno de *El SAS información*, damos las gracias a todos los que han aceptado la propuesta de participar. A nuestra Redacción han llegado peticiones de ejemplares, sugerencias, consultas sobre informaciones publicadas, felicitaciones por la iniciativa y algunas críticas. Las reflexiones de este editorial parten de una de las cartas recibidas. Desde el centro de Salud de Benaolán (Málaga) nos cuentan con ilusión la celebración de su décimo aniversario. Este evento nos trae a la memoria los primeros momentos de la Reforma Sanitaria en Andalucía. Nos enfrentábamos con un serio problema: la asistencia sanitaria no llegaba a toda la población y había enormes diferencias de calidad en la atención prestada. El reto, por tanto, era extender la asistencia y contábamos con las herramientas que lo iban a hacer posible: desarrollar la atención primaria y mejorar la asistencia especializada. Con el esfuerzo de todos han mejorado progresivamente las cosas, pero es fundamental seguir avanzando, hacer que la organización atienda a esas otras necesidades que tienen que ver con la respuesta rápida, respetuosa, organizada y efectiva a los usuarios que precisen cualquier actuación sanitaria. Nuestro deseo es que estas páginas sirvan de estímulo para el trabajo bien hecho y el cambio.



n.1 mayo 1999

el

PUBLICACIÓN
PERIÓDICA PARA LOS
PROFESIONALES
DEL SERVICIO
ANDALUZ DE SALUD

SAS

Información

El II Plan Andaluz de Salud, un compromiso de todos

El Gobierno andaluz ha aprobado recientemente el II Plan Andaluz de Salud (PAS) para los años 1999–2002, un compromiso con el cuidado y mejora de la salud de los andaluces en este periodo. Ya en 1993 se presentó el I Plan Andaluz de Salud. Por aquella época fue cuando las distintas Comunidades Autónomas empezaron a considerar los Planes de Salud como auténticas herramientas para orientar las actuaciones que, en esta materia, se debían realizar. Una característica importante, común al primer y segundo PAS como instrumentos estratégicos para lograr cambios, es que, siendo un proyecto promovido por la Consejería de Salud, han participado en su elaboración un gran número de profesionales y ciudadanos de diversos ámbitos y sectores, instituciones, asociaciones, representantes políticos, etc. De este modo se obtiene una visión de conjunto privilegiada y enriquecedora. El PAS es, pues, un compromiso y una guía de actuación para todos los miembros del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. Es decir, no sólo orienta las líneas de trabajo de la Consejería de Salud, también las de la Consejería de Medio Ambiente, Obras Públicas, Educación, Asuntos Sociales, Trabajo, etc. Esto es fundamental porque, en definitiva, la salud se gana o se pierde, no sólo en función de los recursos sanitarios disponibles, sino de la ocupación laboral o el desempleo, de la calidad del medio ambiente, de la situación de las carreteras, de la cultura y la educación, de las relaciones entre las personas y el apoyo social, entre otros aspectos. El Plan recientemente aprobado se enfrenta a dos retos fundamentales ya iniciados con el I PAS: desarrollar el espacio sociosanitario de intervención sobre la salud y servir como instrumento real de redistribución de recursos, apostando por la salud de las poblaciones más desfavorecidas y, por tanto, con más riesgo de enfermar. Los 92 objetivos y 173 estrategias que configuran el II Plan Andaluz de Salud se agrupan en 4 epígrafes: *Más salud, La solidaridad, La salud y el entorno y Los instrumentos que apoyan la salud*. Esta agrupación no es casual, pone un énfasis

especial en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hace explícita la necesidad de desarrollar estrategias de riesgo para disminuir las desigualdades en salud aún presentes en nuestra comunidad autónoma. Su fuerza reside en que sabemos que estos objetivos, cuantificados y concretos, han sido enunciados sobre aspectos que son modificables y, por tanto, se pueden conseguir. La evaluación del I PAS muestra que se han logrado el 90% de los objetivos establecidos. Además, con él comenzaron importantes programas de trabajo con otros sectores: de erradicación del chabolismo, prevención de accidentes de tráfico en jóvenes o normalización de la vida de niños enfermos crónicos, entre otros. Es evidente que el II PAS nos afecta de manera



muy importante a todos los trabajadores del SAS. No sólo porque establece los términos de los Contratos Programa que anualmente firma la Consejería de Salud con el SAS, sino porque define las prioridades que guiarán el desarrollo de nuevos servicios, la implantación de nuevas tecnologías o las orientaciones de las inversiones futuras. Y todo esto con un horizonte temporal bien definido. En definitiva, el Plan Andaluz de Salud es el instrumento para desarrollar la política sanitaria en Andalucía. En él podemos ver reflejado nuestro futuro y el de la salud de la población. Disponible en Internet (www.csalud.junta-andalucia.es) debe ser elemento obligado de consulta para quien desee conocer hacia dónde caminamos en nuestra Organización.

Profesionales del SAS en Albania

En septiembre de 1994 se firmó, a propuesta de Médicos del Mundo (MDM) y con el apoyo de la Comunidad Europea y de la Consejería de Salud, un Acuerdo de Hermanamiento entre el Hospital de la Axarquía (Málaga) y el Hospital de Peshkopi (Albania). La finalidad del mismo era colaborar en el desarrollo de la infraestructura sanitaria de Albania, uno de los países más pobres de Europa, y en un enclave, Peshkopi, que se sabía estratégico por su situación geográfica al estar en la frontera de Macedonia. El acuerdo ha dado lugar a múltiples actividades como envío de excedentes, formación de personal y de directivos, entre otras actuaciones. A partir de la firma, más de 20 profesionales del SAS han colaborado en actividades sobre el terreno.

Las actuales circunstancias han reactivado la colaboración de los profesionales andaluces. Por ello, varios sanitarios se han desplazado a la zona, a requerimiento de MDM, contando con el apoyo y el permiso de sus centros de trabajo.

Los hospitales del SAS han querido sumarse a las acciones de estos profesionales enviando medicamentos de primera necesidad para los hospitales albaneses en los que se encuentran. El envío ha consistido finalmente en más de 40 m3, con un peso total de 10 toneladas, conteniendo antibióticos (190.000 dosis), analgésicos y antipiréticos (215.000 dosis), sueros (13.000 envases) y diverso material fungible y de lencería. La remisión se hizo en colaboración con la Parroquia del Espíritu Santo de Mairena del Aljarafe (Sevilla) y Cáritas.

Organizaciones de consumidores y usuarios colaborarán con el SAS

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) formalizará en los próximos meses un convenio de colaboración con el Consejo Andaluz de Consumidores y Usuarios para impulsar la participación de estos representantes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos. Andalucía se convierte así en la primera comunidad autónoma que incorpora y determina el papel de estas organizaciones en sus centros sanitarios.

El SAS, en consonancia con las propuestas recogidas en el Plan Estratégico del organismo, quiere reforzar la participación de los ciudadanos en los servicios. Por ello, pretende que las futuras relaciones de colaboración entre las asociaciones y los centros estén encaminadas a abordar, entre otros temas, el funcionamiento de la libertad de elección, la idoneidad de las diferentes informaciones, clínicas, administrativas, documentales, etc., que se proporcionan a pacientes y familiares, así como la gestión de las reclamaciones.

La Central Logística de Compras, un nuevo concepto en la Organización

Con la idea de dar servicio a los centros, surge en el SAS la

Central Logística de Compras. Tiene como objetivo mejorar los circuitos de aprovisionamiento interno, respondiendo a las necesidades de la gestión clínica.

Los Distritos Sanitarios, Áreas Sanitarias y Hospitales —centros directivos del SAS— gestionan la compra de los suministros y la contratación de los servicios necesarios para su funcionamiento, como parte de las funciones relacionadas con la planificación y gestión de recursos. En este concepto se incluyen, por ejemplo, desde la contratación de servicios de limpieza hasta la compra de gasas o marcapasos. La contratación de estos bienes y servicios, con un volumen anual en el ámbito del SAS próximo a los 140.000 millones de pesetas, supone un gran esfuerzo de gestión para estas unidades, debido a la complejidad de los procedimientos administrativos necesarios, y a la amplitud y diversidad de las necesidades y situaciones de mercado.

¿Qué es la Central Logística de Compras?

Es una unidad funcional de apoyo a la contratación que realizan los centros directivos. Depende de la Dirección General de Gestión Económica del SAS y pretende ofrecer asesoramiento y coordinación para la realización de las actividades descritas anteriormente. No se trata de centralizar la contratación, sino de establecer los cauces procedimentales, definir criterios y, en definitiva, aportar todos cuantos elementos de apoyo faciliten el proceso a los centros, manteniendo los principios de autonomía y gestión descentralizada.

¿Qué servicios proporciona?

Ofrece información sobre productos, precios, proveedores y condiciones de mercado a los responsables de compras y contratación. Los centros directivos forman una red aportando información, de manera que las condiciones ventajosas obtenidas por uno de ellos se ponen a disposición de todos. El sistema se nutre también de otras fuentes del Sistema Nacional de Salud.

En el marco de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, la Central Logística de Compras confecciona y publica Pliegos Tipo para los procedimientos de contratación más frecuentes, consiguiendo con ello una importante reducción de los plazos de gestión. También establece Determinaciones de Tipo para productos de uso genérico y repetitivo, con lo que se consigue una homologación de precios y calidades para un mismo producto en todo el ámbito del SAS.

Otro aspecto importante es la clasificación y catalogación de todos los productos sanitarios fungibles, con el propósito de conseguir un lenguaje y un sistema de información homogéneos en el ámbito del SAS. Esto se materializa en la implantación del Catálogo General de Material Fungible del SAS, en todos sus centros directivos.

Almacén del hospital Virgen de las Nieves.



Gerencia de Riesgos

Con el Programa de Gerencia de Riesgos, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) asume las responsabilidades implícitas al desarrollo de la atención sanitaria en sus centros, de manera que, en el caso de producirse cualquier incidencia que pueda dar lugar a una reclamación, la Organización responde ante el ciudadano en nombre de los profesionales. Como medida directa comienza, en 1995, la contratación de seguros de responsabilidad civil que cubren la responsabilidad general de la organización y la responsabilidad de todos los trabajadores del SAS (sanitarios y no sanitarios). Las primas de estos seguros correspondientes a 1999 superan los 840 millones de pesetas. En la tabla siguiente se recoge la distribución de estas

primas así como las incidencias detectadas durante 1998 para cada tipo de responsabilidad.

Programa de Gerencia de Riesgos en el SAS

Tipo de responsabilidad	Primas 1999	Incidencias 1998
Responsabilidad general o de explotación	22.585.422 ptas	43
Responsabilidad civil sanitaria	776.869.595 ptas	384
Responsabilidad civil no sanitaria	40.653.760 ptas	15

Entrevista con los responsables de la Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería del Hospital Duques del Infantado de Sevilla

Profesionales de la enfermería impulsan la primera Unidad de Gestión de Cuidados de Andalucía

Andalucía cuenta desde el pasado mes de marzo con una Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería (UGCE) que, por su organización, se ha convertido en una unidad de gestión pionera más allá de las fronteras de nuestra Comunidad. La UGCE está dirigida a pacientes que, por las patologías que presentan, sólo requieren cuidados o formación sobre autocuidados durante su hospitalización. La Unidad se encuentra integrada por 40 profesionales de la enfermería, dispone de 48 camas y un presupuesto para 1999 de 207 millones de pesetas.

Los responsables de la UGCE, el Subdirector de Enfermería del Hospital Duques del Infantado, **Rafael González Burguillos** y la Directora de la Unidad, **Susana Romero Carmona**, nos acercan a todos los profesionales del SAS los diferentes aspectos de este novedoso modelo organizativo.

P. ¿A qué tipo de pacientes está dirigida la Unidad?

R.G.B. La Unidad se ocupa de aquellos pacientes que por sus patologías requieren cuidados, ya sean de nivel alto, medio o mínimo, aunque, por supuesto, disponemos del necesario apoyo clínico. Los enfermos que nos llegan vienen derivados desde el servicio de urgencias de los hospitales Virgen del Rocío, del área de hospitalización de estos centros y del nivel de atención primaria. Son pacientes de medicina interna con pluripatologías que necesitan un nivel alto de cuidados, pacientes crónicos con amplia dependencia de cuidados de enfermería, aquéllos que requieren cuidados mínimos o paliativos, como pueden ser pacientes oncológicos, infecciosos, etc.

P. ¿Cómo está organizada la asistencia desde que el usuario ingresa en la Unidad?

R.G.B. El paciente nos llega con un diagnóstico y un tratamiento prescrito por su médico. La enfermera responsable del paciente en la Unidad, tras realizar la hoja de valoración inicial, decide cuál es el patrón de cuidados a seguir con él, de manera que la dolencia o alteración por la que ingresa se vea subsanada en el menor tiempo posible. Cuando es dado de alta, se lleva su hoja de alta que le garantiza la continuidad de sus cuidados, bien en su ámbito familiar, en una residencia asistida o en los dispositivos de atención primaria, dependiendo de cada caso. Durante la estancia en la Unidad los profesionales de la enfermería proporcionan a los pacientes y sus familiares, formación en autocuidados.



Miembros de la UGCE en torno a la mesa de trabajo.

P. Las acciones cuidadoras que se llevan a cabo ¿han supuesto introducir cambios con respecto a los patrones de cuidados tradicionales?

S.R.C. El equipo de profesionales de la Unidad ha organizado su trabajo en función de 11 planes de cuidados preestablecidos. Estos planes han permitido a los profesionales identificar sobre el papel lo que ellos venían haciendo y, registrar de manera más coherente y sin dificultad de manejo, las acciones cuidadoras que llevan a cabo con cada paciente. La protocolización de los cuidados nos permite elevar la calidad de los mismos y este es uno de los objetivos de la Unidad. Si nos aparecen indicadores negativos en cuidados, tales como úlceras por presión o infecciones nosocomiales por sondaje, por citar dos ejemplos, sabremos en qué aspecto de los cuidados de enfermería incidir al tener protocolizadas las actuaciones. Esto nos permite evaluar los planes de cuidados e ir modificando aquellas acciones que sean susceptibles de mejora.

P. ¿Qué ha supuesto para el equipo de profesionales de la Unidad su pertenencia a la misma?

S.R.C. Digamos que éste es un primer ejemplo de organización de la enfermería con autonomía de función. Aunque existía temor a lo desconocido, cuando se les presentó el proyecto a los profesionales, aceptaron con facilidad formar parte de la Unidad. En el ámbito de gestión, la UGCE les da la oportunidad de organizarse y de que sean valoradas las acciones que llevan a cabo. Los profesionales han diseñado estas acciones y serán los que las evalúen y modifiquen, cuando sea necesario.

P. ¿Con qué recursos cuenta la UGCE?

R.G.B. La UGCE tiene un equipo formado por 20 enfermeros/as y 20 auxiliares de enfermería. Ocupa dos alas de la primera planta del Hospital, dispone de un total de 48 camas y tiene un presupuesto asignado para el presente año de 207 millones de pesetas, de los que el 65% corresponden a gastos de personal y el resto, básicamente, a material sanitario y farmacia.

Gestión clínica y de cuidados en atención primaria

La implantación de las unidades clínicas (U.C.) en atención primaria supone una oportunidad para el desarrollo profesional de todos sus componentes, potenciando su papel dentro del sistema sanitario, así como la confianza del ciudadano.

Para que esto sea posible, la gestión clínica tiene que estar orientada a los pacientes, dando solución a la mayor parte de sus problemas y mejorando su satisfacción. Esto exige también un esfuerzo de gestores y profesionales, para modificar procedimientos que no son idóneos.

La gestión clínica y de cuidados pretende mejorar la calidad de la asistencia a través de las guías de actuación clínica y la coordinación con la asistencia especializada mediante la interrelación con otras unidades.

Como toda innovación, este proceso está provocando incertidumbres en los profesionales: es necesario facilitarles más y mejor información por parte de los directores de distritos, pero también es necesario empezar a caminar.

Tenemos que aclarar que la implantación de las U.C.:

- No es una nueva reforma de la atención primaria: es una herramienta para mejorar la calidad de la asistencia.
- No tiene por objetivo reducir el gasto, sino ajustar la distribución de recursos a partir de criterios de evidencia científica.
- No supone ningún tipo de privatización del sistema sanitario público. Además, las U.C. no se regulan por un nuevo contrato laboral, sino mediante acuerdo de gestión clínica.
- No se trata de dar más protagonismo a una categoría profesional sobre otra.

El hecho de que la incorporación, o no, a una unidad clínica sea voluntaria y obligue a cada profesional a definirse, está poniendo de manifiesto que muchos centros de atención primaria no funcionan realmente como equipo.

Esto apoya la necesidad de reforzar la estructura organizativa de los centros a través de las unidades clínicas.

En resumen, considero que fomentar la gestión clínica y de cuidados, reconociendo la capacidad de los profesionales para organizarse con autonomía y responsabilidad y la libertad de relación entre pacientes y profesionales, es una apuesta que mejorará los resultados de salud y la confianza del ciudadano en el sistema sanitario público.

Qué es la Mesa Sectorial de Sanidad (MSS)

Es un órgano para la negociación colectiva de las condiciones de trabajo de los empleados de la sanidad pública regulado por la Ley 9/1987, de 12 de mayo. Cap. III.

En la MSS están presentes:

- Los representantes de la Administración Pública.
- Las Organizaciones Sindicales más representativas de la Comunidad Autónoma.
- Los Sindicatos que hayan obtenido el 10% o más de los representantes en las elecciones para Delegados y Juntas de Personal a nivel general.
- Los Sindicatos que hayan obtenido el 10% o más en el sector sanitario.

Materias de negociación por la MSS son, entre otras, las retribuciones, la Oferta Pública de Empleo, la clasificación de los puestos de trabajo, los sistemas de ingreso, provisión y promoción profesional, la salud laboral, etc.

Desde su creación, en 1987, la MSS en esta comunidad autónoma está compuesta por CEMSATSE, CC.OO, U.G.T. y CSI-CSIF.

Pasos de la OPE

Situación de los Concursos de Traslado (T) y de Oposición (O)

Facultativos	T		O		No Facultativos		Actualizado a 10-5-1999	
	T	O	T	O	T	O	T	O
Médicos de medicina general de EBAP	LD	EX	DUE/ATS					
Pediatras EBAP	LD	EX	Fisioterapeutas					
Odontostomatólogos Distrito	LD	EX	Auxiliares de Enfermería					
Facultativo Especialista de Área*	LD	CO	Técnicos especialistas en Radiodiagnóstico	LD	TP	Celador Conductor	CC	TP
Psicólogos		TP	Técnicos especialistas de áreas hospitalarias	LD	TP	Personal de Oficio	CC	TP
			Terapeutas Ocupacionales	LD	CO	Personal Subalterno	CC	TP
			Matronas	TP	Personal Telefonista	CC	TP	

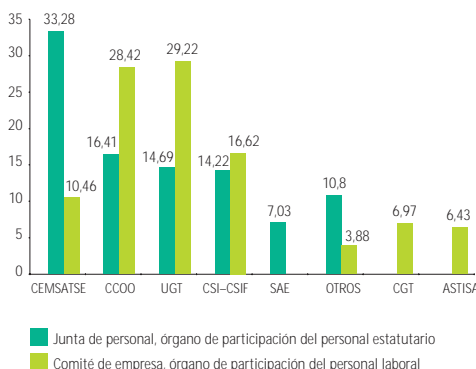
TRASLADO: CC: Convocatoria Traslado LP: Listado Provisional del Traslado LD: Listado Definitivo del Traslado
CONCURSO OPOSICIÓN: TP: Temario Publicado CO: Convocatoria Concurso LO: Listado Provisional de Admitidos LA: Listado Definitivo Admitidos EX: Examen LP: Listado Provisional de Aprobados LD: Listado Definitivo de Aprobados RP: Relación de Plazas Obtenidas
*Excepto Análisis Clínicos y Microbiología

Para más información consultar página web: www.sas.cica.es

Mesas técnicas

La MSS puede conformar cuantas Mesas Técnicas considere para el estudio de temas específicos. En 1998 se han establecido Mesas Técnicas para abordar diversos temas sobre Atención Primaria, Matronas, así como Veterinarios y Farmacéuticos. Actualmente se están debatiendo los Decretos de Selección y Provisión para estas últimas especialidades y el Decreto de Plantillas, Funciones y Retribuciones de Veterinarios.

Elecciones sindicales 1998, resultados en el SAS (%)



A mejorar

Dos motivos para dejar de fumar, tu salud y la de él

A menudo decoramos nuestros centros con materiales divulgativos portadores de espléndidos mensajes de educación sanitaria. Por ejemplo: "Dos motivos para dejar de fumar, tu salud y la de él" es el mensaje de un cartel en el que aparece la silueta de una mujer embarazada. Esto lo reforzamos aconsejando a nuestros usuarios que dejen de fumar, informándoles sobre los beneficios que supone dejar el hábito o lo perjudicial que es seguir fumando. Por otro lado, todos sabemos que sólo el 10% de lo que comunicamos se transmite por las palabras, el resto se llama comunicación no verbal. Lo que viene a reforzar el dicho popular "más vale una imagen que mil palabras". Y, aunque afortunadamente no es lo más frecuente, la imagen que a menudo ven nuestros usuarios es la de profesionales fumando o ceniceros con colillas encima de las mesas. Y a veces no se ve, pero se huele... Lo que si se ve, lo que se escucha, lo que realmente "queda" es la incongruencia que existe entre lo que recomendamos y la imagen que damos. Perdemos credibilidad, perdemos salud y además a los usuarios les reforzamos el hábito de fumar.

Investigación y formación

Así se evalúan los proyectos de investigación a financiar por el SAS

Cada proyecto presentado es evaluado por dos miembros de la Comisión Científica, constituida por profesionales de reconocido prestigio investigador del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ajenos al centro y a la provincia de origen del proyecto a financiar, pero relacionados con el mismo área de conocimiento. Aquellas evaluaciones muy discordantes entre sí se someten a revisión por todos los componentes de la Comisión Científica.

La evaluación incluye la revisión sistemática de los siguientes aspectos

- Presentación y aspectos formales del proyecto.
- Composición y actividad previa del equipo investigador.
- Adecuación, actualidad y enjuiciamiento crítico del soporte bibliográfico.
- Actualidad y pertinencia, claridad en el planteamiento del problema, definición de objetivos, viabilidad del proyecto, interés y aplicabilidad.
- Adecuación del método y el diseño, realismo del plan de trabajo y suficiencia de medios.

- Descripción y adecuación del plan de análisis estadístico necesario.
- Claridad, justificación y adecuación del presupuesto.
- Tratamiento de la información y los resultados.
- Oportunidad y prioridad de la investigación a realizar.
- Aspectos éticos del proyecto.

Cada uno de estos apartados es evaluado cuantitativa y cualitativamente. Además, se realiza un informe final que resume las principales ventajas y limitaciones del proyecto.

Hay criterios excluyentes que clasifican el proyecto como denegado:

manifiesta inexactitud de los datos presentados, falta de solvencia científica del investigador principal o el equipo investigador, objetivos excesivos o incongruentes, notable insuficiencia en la elaboración del proyecto, imposibilidad de alcanzar los objetivos propuestos, proyecto éticamente inadecuado e incumplimiento de las obligaciones contraídas en proyectos financiados anteriormente.

Los proyectos así evaluados son clasificados en deficientes (proyecto claramente no financiable), **cuestionable** (financiable en circunstancias excepcionales), **acceptable** (suficientemente bueno, con reservas), **bueno** (bien calificado en todos sus términos) y **excelente** (proyecto excepcional).

La web

Primer cumpleaños

La página Web del SAS ha superado ya las 130.000 visitas en su primer año de funcionamiento. Las páginas

más visitadas son las que desarrollan la Oferta Pública de Empleo, en las que se han publicado más de 100 resoluciones. Entre los nuevos contenidos que se han incorporado se encuentra una página sobre el impacto del efecto 2000 y la implantación del euro en nuestros sistemas, y otra acerca del Fondo de Cooperación. Desde esta última se puede solicitar y ofrecer ayuda material o humana con destino a los proyectos de cooperación internacional y ayuda humanitaria desarrollados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Nueva dirección de la página www.sas.junta-andalucia.es

El envío de esta publicación se realiza a partir de las direcciones disponibles en el SAS. En caso de que usted no la haya recibido o sus datos estén incorrectos, rogamos se ponga en contacto con el departamento de personal de su centro de trabajo.

Coordinación: **Cristina Torró** Consejo de redacción: **Piedad Benítez, Pilar Lobato, Julia Palomar, Falina Tristán, Manuel Villacorta.**
Edita: **Servicio Andaluz de Salud** Avda. de la Constitución 18, 41071 Sevilla. Tel.: 954 506 666, Fax: 954 506 677
e-mail: SASinfo@sc.sas.cica.es

De cerca

n.1 mayo 1999

el **SAS**
Información

PUBLICACIÓN
PERIÓDICA PARA LOS
PROFESIONALES
DEL SERVICIO
ANDALUZ DE SALUD

Cirugía sin ingreso, una alternativa de calidad para pacientes y profesionales

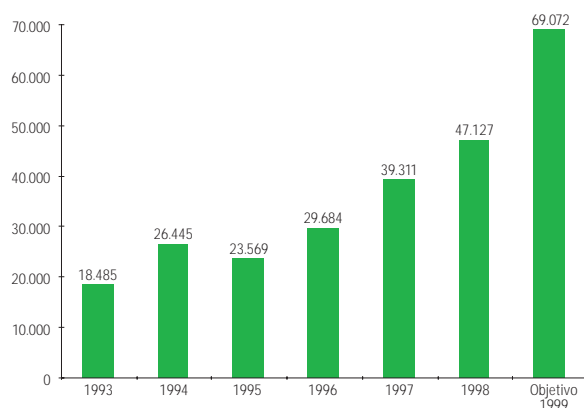
Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

La Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentra implantada en todos los hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Los procesos que aborda son de complejidad medio baja, lo que permite realizar la intervención del paciente sin ingreso hospitalario.

La extensión de este nuevo servicio, de alta calidad, ha requerido de la creación y acondicionamiento de nuevos espacios específicos en los hospitales, así como de la modificación en la organización de los recursos humanos creando nuevos equipos dedicados a esta tarea. Las ventajas que aporta son grandes para los pacientes, que pueden realizar el postoperatorio en su domicilio con el apoyo del equipo de atención primaria, evitando, además, las molestias y los trastornos familiares que resultan de un ingreso. Pero también son importantes para los profesionales, que pueden realizar su trabajo con importantes elementos de calidad permitiendo una mejor utilización de los recursos y reduciendo los riesgos asociados a la hospitalización. Los procesos incluidos en este servicio son los más frecuentes en el área de la cirugía, por lo que la resolución de los mismos sin necesidad de ingreso hace que disminuya considerablemente la demora para su intervención.

Durante 1998 se han realizado 47.127 intervenciones de este tipo, con aumento de la actividad del 20% respecto a 1997. Para 1999 el objetivo es realizar 69.072 intervenciones, lo que supondrá una disminución de 180.000 estancias potenciales.

Actividad CMA en los hospitales del SAS 1993-1999



Cirugía Mayor Ambulatoria Objetivos 1999

Proceso	Nº de intervenciones
LIBERACION DE TUNEL	1.291
EXTIRPACION DE LESION IMPORTANTE DEL PARPADO O DE CUALQUIER LESION CON RECONSTRUCCION DEL PARPADO	336
OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	204
TRABECULECTOMIA DESDE EL EXTERIOR	348
CIRUGIA DEL ESTRABISMO (UNILATERAL Y UN MUSCULO)	175
CIRUGIA DEL ESTRABISMO (BILATERAL O UNILATERAL EN DOS O MAS MUSCULOS)	282
CATARATAS	11.843
OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO	671
INTERVENCIONES DE PIRAMIDE NASAL	369
EXTRACCION QUIRURGICA DE DIENTE	5.892
HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMIGDALAS	6.119
NODULOS DE CUERDAS VOCALES	708
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	888
ACCESO VASCULAR PARA HEMODIALISIS	845
FISURA Y FISTULA ANAL	1.458
HEMORROIDES	534
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PROTESIS	4.030
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PROTESIS	1.422
RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION DE VEJIGA	606
BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA	2.711
OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TUNICA VAGINAL, TESTICULOS Y CORDON ESPERMATICO	659
ESTERILIZACION MEDIANTE VASECTOMIA	4.503
FIMOSIS EN EDAD PEDIATRICA	2.173
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)	508
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	1.724
INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	664
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS SOBRE EL UTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	937
MIOMECTOMIA UTERINA	141
LEGRADO UTERINO	3.544
HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	986
EXTRACCION DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	3.560
ARTROSCOPIA	1.963
EXCISION DE MENISCO DE RODILLA	922
GANGLIONECTOMIA Y DUPUYTREN	1.437
TUMORES BENIGNOS DE MAMA	1.934
QUISTE PILONIDAL	1.552
EXTIRPACION RADICAL DE LESION DE PIEL O EXTIRPACION NO RADICAL DE LESION DE PIEL CON REPARACION PLASTICA	1.133
TOTAL	69.072

Cirugía menor en Atención Primaria

La cirugía menor incluye intervenciones sencillas y de corta duración, que se realizan habitualmente en tejidos superficiales y/o accesibles y, que precisando en general de anestesia local, tienen poco riesgo y complicaciones postquirúrgicas escasas. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia.

La incorporación de esta actividad a la cartera de servicios ha sido posible por la elevada cualificación de nuestros profesionales en los equipos básicos de atención primaria.

La implantación ha sido progresiva, conforme se han ido dando los pasos necesarios en cuanto a formación, elaboración de protocolos (procesos, técnicas, procedimientos y plan de seguimiento), sistema de registro y derivación para análisis anatomopatológico en los casos necesarios, además del equipamiento preciso, del que mostramos un ejemplo de un Centro de Salud.



Consulta de cirugía menor del C. S. San José de la Rinconada.

Instrumental para una consulta de cirugía menor

- Mesa de instrumental con ruedas
- Mesa auxiliar con ruedas y entrepaños
- Mesa quirúrgica básica
- Lámpara de cirugía menor y exploración con soporte rodante
- Luz lupa con pie rodante
- Portaagujas 15 cm. aprox.
- Mangos de bisturí nº 3 y 4
- Hojas de bisturí diferentes números
- Pinzas de campo Schadel 9 cm.
- Pinza disección 15 cm aprox. con dientes y sin dientes
- Pinza en bayoneta 17 cm. aprox.
- Pinza de Rochester-Pean 18 cm. aprox. recta y curva
- Pinzas mosquito sin dientes 12, 5 cm. recta y curva
- Tijera Metabaum curva roma-roma 15 cm.
- Tijera Graziil curva punta aguda-aguda 13 cm.
- Tijeras estándar recta y curva punta aguda-roma 13 cm.
- Separador autoestático Weitlaner
- Separador tres garfios finos 13 cm.
- Electrobisturí bipolar
- Pinza recta bipolar protegida
- Cable para pinza bipolar

Aunque algunos centros venían realizando este tipo de intervenciones con anterioridad, esta actividad forma parte de la cartera de servicios de Atención Primaria desde 1997, año en el que se realizaron un total de 17.659 intervenciones, cifra que aumentó a 38.853 durante 1998. El objetivo para 1999 es la realización de 43.409 intervenciones en todos los centros de Andalucía.

Los procesos más frecuentemente intervenidos son abscesos, uñas encarnadas, verrugas, desbridamientos de heridas y lipomas. La realización de estas técnicas en los centros de salud permite resolver los problemas con elevada calidad y en el entorno habitual del paciente, evitando con ello esperas y desplazamientos innecesarios.

En la siguiente tabla se recogen los procesos y procedimientos de cirugía menor incluidos en los contratos programa con los distritos de atención primaria para 1999.

Proceso	Procedimiento/s
Absceso (incluye forúnculos y panadizos)	86.04 Incisión con drenaje de piel y tej. subcutáneo 86.27 (desbridamiento de uña p.ej. panadizos)
Uña encarnada	86.23 Extracción de la uña, lecho o pliegue de uña
Verruga	86.3 Extirpación local o destrucción de lesión por cauterización, criocirugía, fulguración y haz de láser 86.24 Quimiocirugía de piel con nitrógeno líquido 86.25 Abrasión dérmica con láser
Lipoma	86.3 Extirpación local o destrucción de lesión por cauterización, criocirugía, fulguración y haz de láser
Desbridamiento de herida	86.22 Desbridamiento excisional
Cuerpo extraño de piel y tej. subcutáneo	86.05 Incisión con extracción de cuerpo extraño
Infiltración	04.81 inyección de nervio periférico con fines analgésicos 81.92 inyección de sustancia terapéutica en articulación o ligamento 83.97 inyección de sustancia terapéutica en tendón
Fibroma	86.3 Extirpación local o destrucción de tejido por cauterización, criocirugía, fulguración y haz láser
Papiloma	86.3 Extirpación local o destrucción de tejido por cauterización, criocirugía, fulguración y haz láser
Quiste sebáceo	86.3 Extirpación local o destrucción de tejido por cauterización, criocirugía, fulguración y haz láser
Nevus	86.3 Extirpación local o destrucción de tejido por cauterización, criocirugía, fulguración y haz láser