

- El compromiso del SAS con los profesionales página 1
- Gestión por Procesos y Gestión Clínica página 2
- Entrevista con Joaquín Carmona Díaz-Velarde, Director General de Asistencia Sanitaria del SAS página 3
- Contrato Programa 2001-2004 de Atención Primaria: evaluación semestral páginas 4 y 5
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET)
- Equipos móviles quirúrgicos página 6
- Prescripción por principio activo página 7
- Laboral página 8

Editorial

Desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, en particular desde el Servicio Andaluz de Salud, se están poniendo en marcha iniciativas y novedades que pretenden dar mejor respuesta a las nuevas necesidades de nuestra sociedad. *El SAS información* tiene como misión fundamental dar a conocer a los profesionales del SAS todas estas iniciativas y novedades, pero también fue creado para recoger aquellas experiencias que nacen en los centros y para ser un espacio de debate y reflexión. Por lo que de nuevo, hacemos una llamada a la participación desde estas líneas. En este número intentamos presentar las líneas maestras de algunas de las iniciativas que creemos interesantes: los planes anunciados por la Dirección General de Personal y Servicios, que se centran en el llamado "sistema de gestión integral de desarrollo de personas"; la aplicación del Plan de Calidad y su integración con otras líneas ya iniciadas en el SAS; la presentación de la experiencia de los equipos quirúrgicos móviles, por la que se interesan todos los Servicios de Salud de nuestro país, y la aplicación del sistema de receta por principio activo, que representa un avance más en la estrategia de uso racional de medicamentos en Andalucía. Desde aquí, les deseamos que disfruten del verano y todos los miembros del equipo de redacción —que por cierto, ya no fumamos— animamos a los todavía fumadores a que aprovechen las vacaciones para adquirir el hábito de respirar de nuevo aire libre de humo.

Todos los números editados de **El SAS información** están disponibles en nuestra página web: www.sas.junta-andalucia.es



Actuales líneas de trabajo de la Dirección General de Personal del SAS

La Dirección General de Personal (DGP) del SAS va a poner en marcha una serie de medidas y actuaciones para mejorar la vida laboral de los profesionales, dando así respuesta a muchas de sus demandas. Los elementos de mejora y modernización que se van a introducir supondrán además que la organización se sitúa en una posición más activa con respecto a sus trabajadores. Las nuevas líneas de trabajo que está desarrollando la DGP aparecen englobadas bajo este epígrafe: Gestión Integral de Desarrollo de Personas. La gestión integral comprende las tres etapas más importantes de la vida laboral de un profesional, que son: su proceso de selección (selección del profesional), su llegada a su centro de trabajo (plan de acogida) y el desarrollo de su vida laboral (desarrollo profesional).

Selección del profesional

La existencia de un proceso de selección ágil y eficiente es un elemento clave en una organización como el SAS en la que desempeñan su labor cerca de 80.000 profesionales. En relación con este aspecto se está trabajando en tres apartados de suma importancia. Primero, se están determinando los mapas de competencia, es decir, en la explicitación del conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que debe tener o desarrollar cada una de las categorías profesionales para un desempeño óptimo de su trabajo. En segundo lugar, la DGP está trabajando en la adecuación de la selección del personal temporal (bolsas de trabajo), unificando los procedimientos de gestión existentes en la actualidad en las ocho provincias andaluzas y automatizando los procesos y circuitos. Y en tercer lugar, se está desarrollando una importante intervención en la adecuación del marco normativo. Fruto de esta intervención ha sido la reciente publicación en BOJA del Decreto de Selección del Personal Estatutario tras su aprobación por parte del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía. La publicación de este decreto va a permitir continuar con el desarrollo de las ofertas públicas de empleo, lo que supondrá convocar en un año más de 8.000 plazas con lo que se conseguirá dar estabilidad en el empleo a diferentes categorías profesionales. En proceso de aprobación se encuentra el Decreto de Selección del nuevo cuerpo A4 de Veterinarios y Farmacéuticos y también el Decreto de Selección de

Jefes de Servicio y Sección Facultativos. Este último prevé la exigencia de dedicación exclusiva al sistema sanitario público como condición de acceso.

Plan de acogida

El proceso de llegada de los profesionales al centro donde va a desarrollar su labor es un momento clave tanto para ellos como para la organización. Es fundamental transmitirles y acercarles con claridad y en un tiempo razonable los conocimientos necesarios referidos a las funciones que van a desarrollar. En este punto, la DGP quiere destacar que está elaborando un Plan de comunicación interna que, tanto en el momento de la acogida como en los tantos otros que configuran la vida laboral de un profesional, será una herramienta muy útil para las relaciones entre la organización y sus profesionales. Otra actuación importante en la que está trabajando la DGP es en el proyecto de reconversión de las actuales Unidades de Atención de los centros en auténticas Unidades de Atención al Profesional, en estas unidades se proporcionará a todos los trabajadores toda la información y el asesoramiento que precisen.

Desarrollo profesional

La DGP quiere garantizar la existencia de un sistema de formación que favorezca un constante reciclaje profesional. Los objetivos planteados a corto plazo consisten en el desarrollo de un Plan de Formación Individual, la puesta en marcha de un programa de intercambio de profesionales y la ejecución de planes de desarrollo profesional dirigidos a colectivos específicos.

Por último, la DGP va a establecer un Plan de Gestión de Recursos Humanos con cada centro. La eficiencia del sistema y la satisfacción de los profesionales requiere de una correcta y eficiente asignación de recursos entre centros y unidades. Este objetivo se basa en la adecuación de las plantillas asignadas a la actividad asistencial, a la estructura de los centros, etc. de ahí que se trate de establecer este plan.

El cambio organizacional requerirá de la implicación de todos y cada uno de los trabajadores del SAS, por ello, desde estas páginas iremos dando a conocer cada avance que se produzca.

Gestión por Procesos y Gestión Clínica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

La gestión por procesos es una forma de abordaje de la atención sanitaria de los pacientes, que busca la coordinación de los recursos a través de todo el sistema sanitario. Su interés por la medicina basada en la evidencia, por el análisis de los resultados y por la integración de cuidados a lo largo del conjunto del sistema sanitario, hacen de la gestión por procesos una idea atractiva e innovadora por la que apuesta decididamente el Sistema Sanitario Público de Andalucía, tal y como se viene explicitando a través del Plan de Calidad de la Consejería de Salud.

Significa, abordar de manera integrada, actuaciones de prevención y promoción de la salud, utilización de guías de práctica clínica, criterios de adecuación en el manejo de los recursos y medios de apoyo al diagnóstico, junto a la utilización racional de los medicamentos y la evaluación de resultados, etc. En realidad se trata de analizar nuestras formas de trabajo, proponiendo elementos de mejora de manera que añadan valor a los que son destinatarios del proceso asistencial, es decir los ciudadanos.

Esta alternativa de gestión, está basada en los siguientes principios:

- La estructura de la organización debe estar orientada a satisfacer, de la mejor manera posible las necesidades del paciente.
- Agrupación de los pacientes según requerimientos y características comunes.
- Descentralización de los servicios sanitarios tanto como sea posible y práctico.
- Extensión de la flexibilidad y polivalencia a los puestos de trabajo.
- Simplificación o eliminación de procesos y estructuras intermedias que no aportan valor añadido.
- Facilita evolución de organizaciones verticales tradicionales a estructuras más flexibles que trabajan de forma horizontal.
- Continuidad de la asistencia.

La gestión clínica podríamos definirla como un proceso de rediseño organizativo cuyo objetivo es incorporar al profesional

sanitario en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica. Supone descentralización de las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades y por lo tanto promoción de la autonomía y responsabilidad de los profesionales.



El Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, así como los planes estratégicos de alguna de las Empresas Públicas de la Consejería de Salud, consideran la Gestión Clínica como una herramienta de innovación necesaria en la gestión de los servicios de cara a mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios, partiendo de la capacidad que tienen los profesionales de organizarse con autonomía y responsabilidad siendo las Unidades Clínicas de Gestión, un espacio organizativo donde se puede desarrollar la gestión clínica de manera más adecuada.

Asociar la gestión por procesos a la gestión clínica tiene toda la coherencia precisa, ya que conceptos como corresponsabilidad sobre el resultado final,

identificación de resultados a alcanzar, benchmark, horizontalización de las organizaciones, racionalización del uso de recursos, equipos multidisciplinares, calidad integral y satisfacción de los ciudadanos están igualmente presentes en las bases que soportan ambas estrategias de gestión.

Es más el desarrollo de la gestión clínica y la gestión por procesos deben ser consideradas como componentes necesarios en una estrategia global de la organización, enfocada a la calidad total que además debe ser complementada con otras herramientas como la gestión por competencias, la gestión del conocimiento, etc.

Desde la perspectiva del enfoque de calidad total, es importante que la implantación de una cultura de mejora continua de la organización a través del desarrollo de los procesos asistenciales integrales, donde los elementos de continuidad asistencial adquieren una gran importancia estratégica, se refuerce, a través del desarrollo de la gestión clínica por las estructuras verticales de gestión, las cuales pueden aportar elementos de flexibilidad organizativa y posibilitar una implantación más eficiente de las medidas correctoras derivadas del reanálisis continuo de los procesos asistenciales que realizan los grupos de mejora que van a empezar a formarse dentro de las instituciones sanitarias.

En este momento en el que los primeros grupos de profesionales han terminado de desarrollar los procesos asistenciales priorizados y se está comenzando a desarrollar la estrategia de implantación de los mismos, en todo el sistema sanitario público de Andalucía puede ser un momento oportuno para el desarrollo del proyecto de Unidades Clínicas de Gestión ligado al desarrollo de la estrategia de Gestión por Procesos cuidando un mensaje de coherencia institucional que creemos es esperado y necesitado por los profesionales.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de
Procesos y Formación
Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

Entrevista con Joaquín Carmona Díaz-Velarde,
Director General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud

“Vamos a seguir impulsando el desarrollo de unidades clínicas”

El Director General de Asistencia Sanitaria, Joaquín Carmona, destaca en esta entrevista como desde el SAS se va seguir impulsando el desarrollo de unidades clínicas en atención primaria y especializada. En sus conversaciones con los profesionales de los centros siempre hay un tema que éstos le repiten “la necesidad de diferenciar a los mejores servicios y a los mejores profesionales”, por ello, manifiesta que se está trabajando para establecer una política de incentivos que motive a los profesionales con mejores resultados.



P. ¿Cuáles son los cometidos de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud?

R. Se encarga de planificar, dirigir y evaluar el conjunto de actividades sanitarias que se desarrollan en los centros de salud, hospitales y centros de transfusión. Con esta labor, lo que hacemos es ejecutar las políticas sanitarias que la Consejería de Salud planifica para los andaluces. Dentro de sus competencias están el desarrollo de las líneas de actuación hacia el ciudadano (servicios de atención al ciudadano), la gestión sanitaria y su ordenación (nuevos servicios y centros), la gestión de las prestaciones externas y conciertos (material ortoprotésico, transporte sanitario, diálisis, alta tecnología, etc), planifica y gestiona inversiones, la gestión de las políticas de farmacia y las políticas de desarrollo de programas y actividades científicas dentro del organismo.

P. ¿En qué proyectos está trabajando actualmente la Dirección General de Asistencia Sanitaria?

R. En muchos y diferentes, desde la ordenación territorial del mapa sanitario, el plan de alta tecnología, la elaboración de las plantillas horizontes —las necesidades de plantilla por centro—, el plan de medidas sobre las demoras en la asistencia, la reordenación de la red de urgencias, la elaboración del plan de Salud Mental XXI, el desarrollo y consolidación de las unidades clínicas de gestión, la ordenación de la cartera y oferta de servicios. En el capítulo de farmacia estamos trabajando en la guía de uso de medicamentos, en el proyecto de dispensación de medicamentos por principio activo, en lo que denominamos receta XXI —digitalización de la receta—. El sistema de pago al profesional por población, lo que es la capitación, la ordenación de la base de usuarios y el proyecto de historia de salud digitalizada son otros apartados en los que estamos volcados.

P. ¿Que se está haciendo para ofrecer a los usuarios menores demoras en las intervenciones quirúrgicas?

R. En primer lugar, incrementar el peso de los profesionales en la toma de decisiones. Paralelamente, estamos poniendo en marcha, bajo los principios de la libre elección, cualificación profesional y cooperación entre los centros, programas de autoconcierto e iniciativas pioneras como los equipos móviles; ambas tengo que decir que están consiguiendo resultados muy satisfactorios. Estamos realizando un importante trabajo sobre las indicaciones clínicas, su pertinencia y efectividad, y sobre nuestros rendimientos, ya que éstos, a veces, están por debajo de la disposición de recursos. En mi opinión, una clave sobre la que debemos todos orientarnos es en la cooperación entre atención primaria y especializada.

P. Cuando va por los centros sanitarios ¿cuáles son las principales cuestiones que le plantean los profesionales y que clima detecta?

R. Principalmente, los profesionales hablan de participación en las decisiones y de la necesidad de inversiones. Con respecto a las inversiones, yo creo que se está haciendo un esfuerzo importante por dotar a Andalucía de una red de centros de salud única, junto con una mejora paulatina en las instalaciones hospitalarias. El clima en general es de trabajo y de diálogo. Un tema que siempre aparece en mis conversaciones con los profesionales es la necesidad de diferenciar a los mejores servicios o unidades y a los mejores profesionales. Por ello, estamos trabajando desde las diferentes direcciones generales del SAS para establecer una política de incentivos que de verdad motive a los que obtengan mejores resultados.

P. ¿Cuál es el futuro de la Gestión Clínica en nuestros centros?

R. Después de una evaluación sobre su inicio, entendemos que es una excelente forma de conseguir buenos resultados clínicos y de garantizar la participación activa de los profesionales, diferenciándolos por resultados

y asumiendo la responsabilidad de los recursos. Durante este año vamos a seguir impulsando el desarrollo de unidades clínicas en atención primaria y hospitales. En el nivel de asistencia especializada ya se han acreditado más de 30. Lo que si pienso es que la gestión clínica necesita de un nivel de autonomía y descentralización mayor aún del que actualmente tienen.

P. ¿Qué puede contar sobre la reordenación del mapa de atención primaria?

R. El mapa sanitario en Andalucía se realizó en 1991, después de estos años, entendíamos que hacía falta su adaptación a los cambios demográficos, movimientos migratorios, crecimiento de los pueblos, así como a la cambios de gestión y organización introducidos en nuestra red sanitaria pública. Los criterios que rigen el borrador del mapa sanitario, son, por un lado, de mantenimiento de zonas básicas de salud dentro de la misma provincia y no romper la demarcación municipal, y por otro lado, el equilibrio poblacional por distrito, así como la propuesta de Áreas Sanitarias (atención primaria y especializada en una única estructura de gestión), que permita la confluencia de la continuidad asistencial y la racionalización de los recursos.

P. Cada verano surge la polémica en torno a las sustituciones del personal ¿Qué tiene que decir al respecto?

R. Todos los años se utiliza, por parte de algunos sindicatos, este tema para crear polémica y hacerse notar, al margen de lo que es la realidad de los centros. Este año nos gastamos un 17% más en sustituciones que el año anterior, pero este dato parece que año tras año se olvida. Tanto en Andalucía como en el resto de España, la demanda asistencial baja durante estos meses. En nuestra comunidad reorganizamos los servicios para reforzar aquellos lugares que más afluencia turística reciben y, en aquellos que desciende la demanda, como gestores es nuestra obligación adaptar los recursos a las necesidades sanitarias.

De cerca

Atención Primaria: evaluación semestral del Contrato Programa 2001-2004

Se ha estado realizando en las últimas semanas, en los Servicios Centrales del SAS, la primera evaluación semestral correspondiente al año 2001 del Contrato Programa de los Distritos. Recordemos que en el presente año se ha firmado un Contrato-Programa de carácter cuatrienal aunque, naturalmente, deberá ser actualizado cada año, sobre todo en los aspectos económicos y de producción.

El Contrato Programa 2001-2004 de atención primaria se centra en tres aspectos fundamentales. El primero es la dotación de los recursos para la creación de los centros de salud necesarios, en Almería, Algeciras, Chiclana, San Fernando, el Puerto de Santa María, Córdoba, Málaga, Sevilla, Coria, Carmona y Dos Hermanas. La apertura de estos nuevos centros de salud supondrá la incorporación de 81 nuevos médicos de

anteriores, hay aspectos habituales que se mantienen, como la promoción de la lactancia materna, la cobertura vacunal, la continuidad de cuidados, la cirugía menor, la salud bucodental, y otros que, aunque aparecían reflejados anteriormente, se incorporan ahora a todos los Distritos, como la descentralización del control de los tratamientos anticoagulantes y la prevención de los malos tratos de género y a la infancia.

El tercer aspecto, que supone la mayor innovación respecto a contratos programas anteriores, es el desarrollo de los procesos asistenciales para dar cumplimiento al Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud. El trabajo por procesos obligará a revisar y modificar el trabajo de muchos profesionales, para posibilitar evaluar la calidad y elevar sus



familia, 13 pediatras, 60 enfermeras, 24 auxiliares de enfermería, 13 celadores-conductores y 84 auxiliares administrativos. Además de estas plazas se están incorporando para reforzar centros ya abiertos 46 nuevos facultativos, 15 enfermeras y 44 auxiliares. Asimismo se intervendrá sobre otros centros, que aunque no están afectados por la reconversión del nuevo modelo de atención primaria, resulta prioritario, su reforma o nueva construcción.

El segundo aspecto fundamental es el II Plan de Salud, puesto que el Contrato Programa recoge los objetivos asistenciales necesarios para cumplir el Plan. Se han negociado con cada distrito los aspectos cualitativos así como la cuantificación de los objetivos a alcanzar en cada uno de los servicios de la cartera de servicios de atención primaria. Como en años

cotas hasta cumplir los requisitos y niveles que se están actualmente estableciendo en cada uno de los 21 procesos seleccionados; a los que se sumarán otros 20 procesos más de próximo desarrollo.

Este Contrato-Programa continúa impulsando los servicios de atención al usuario, en la línea de las actuaciones llevadas a cabo en los últimos años: mayor accesibilidad, más comodidad, más información y mejor trato.

Y se aborda de forma decidida un nuevo impulso a la enfermería comunitaria, impulso que se apoya en la potenciación cuantitativa y cualitativa de la atención domiciliaria, la apertura a la demanda de las consultas de enfermería, con horarios más amplios y flexibles, y la personalización de los cuidados.

Actividad recogida en la Cartera de Servicios y objetivos cuantificados del Contrato-Programa de Atención Primaria año 2001

Servicio	Denominador	Población diana
Asistencia a inmovilizados	15% >65 años	141.540
Asistencia a enfermos terminales	0,3% población general	19.073
Atención de ancianos en riesgo	15% de >65 años	138.672
Atención de ancianos residentes en instituciones	2% de >65 años	17.864
HTA	15% población general	1.089.897
Diabetes	6% población general	435.959
OCFA	4% población general	290.639
VIH (+)	Casos nuevos x 6	2.521
Asma	9% de <45 años	408.457
Seguimiento de embarazo	Nacidos vivos	77.036
Educación maternal	Nacidos vivos	77.036
Asistencia puerperal	Nacidos vivos	77.036
Detección precoz de metabolopatías	Nacidos vivos	77.036
Seguimiento de salud infantil a los 4 años	N.V. 4 años antes	75.434
Vacunación completa	N.V. 2 años antes	77.606
Salud escolar	Matric. 1º, 5º EP, 2º ESO	272.630
Planificación Familiar	Mujeres 15-49 años	1.895.976
Inmunizaciones Hepatitis B	0,5% > 15 años	27.204
Inmunizaciones Tétanos-difteria	1% > 15 años	58.312
Inmunizaciones Gripe (Alto riesgo)	4% Población general	290.639
Casos TBC diagnosticados	Tasa de 30 / 100.000 hab.	2.047
Tratamiento de procesos agudos en Odontología	3.300 pac. / odontólogo	396.000
Seguimiento bucodental de embarazadas	30 % de nacidos vivos	23.111
Sellado fisuras escolares (7-16 años)	10% (7-16 años)	104.037
Obturaciones a escolares (7-16 años)	3% (7-16 años)	32.901
Cirugía Menor	1% población general	72.660
Det. Precoz Cáncer de Mama	Mujeres 50-65 años	247.105

Distribución global de gastos recogidos en el Contrato Programa de Atención Primaria año 2001 (en miles de pesetas)

Gastos de personal	103.036.819
De formación capítulo I	297.840
De cuotas de la Seguridad Social	76.545
De mantenimiento, suministros y servicios	9.585.730
De formación capítulo II	180.546
De farmacia	201.749.236
Otros	20.593.304
Total gastos	335.520.020

La distribución porcentual de los gastos de personal de la tabla anterior es la siguiente:

Para Sanidad Ambiental y Alimentaria	5,08%
Para Unidades Clínicas y EBAP	53,95%
Para Dispositivos de Apoyo y Unidades de Atención al Usuario	12,52%
Para Dirección y Gestión	3,26%
Para sustituciones	8,43%
Para Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias	16,74%

El SAS cuenta con los dos primeros equipos de PET públicos



Los hospitales Virgen del Rocío de Sevilla y Virgen de las Nieves de Granada disponen de la más avanzada y precisa tecnología en la detección del cáncer, la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), lo último en el ámbito de la medicina nuclear para el diagnóstico por la imagen. Aunque el campo de la oncología es su principal indicación clínica, la PET es también de gran utilidad en el diagnóstico e investigación de enfermedades de tipo cardiovascular y afectaciones del sistema nervioso, entre otras dolencias. La inversión total efectuada en estos equipos ha sido de 600 millones de pesetas.

Con la incorporación de esta tecnología a su cartera de servicios, el SAS se convierte en el primer sistema sanitario público del país en ofertar este tipo de asistencia.

La tecnología PET permite la realización de imágenes diagnósticas médicas tridimensionales, que proporcionan de forma simultánea información funcional, morfológica y metabólica de todo el organismo después de haber administrado al paciente moléculas marcadas con isótopos radioactivos.

Entre sus principales indicaciones clínicas en el campo de las enfermedades oncológicas se encuentran la determinación de la extensión y tamaño de los tumores, el diagnóstico diferencial sobre su malignidad o benignidad, el seguimiento de su evolución en el tiempo, o la comprobación de cuál es la respuesta al tratamiento aplicado.

Todo ello permite administrar las terapias más adecuadas en cada momento para los enfermos, algo que, junto a la posibilidad de realizar diagnósticos muy precoces y evitar la cirugía y técnicas invasivas innecesarias, contribuye a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Se estima que un 80% de todas las exploraciones PET que se realicen serán de patologías oncológicas. La tecnología PET también se utiliza para detectar si algunos tipos de tumores que habían sido sometidos a tratamiento han vuelto a reproducirse.

Equipos móviles quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud

En febrero del presente año 2001 el Servicio Andaluz de Salud puso en marcha una experiencia pionera: el programa de Equipos Móviles Quirúrgicos, con el objetivo de reducir las demoras quirúrgica en aquellos hospitales donde eran mayores. Se actúa de forma prioritaria sobre aquellos pacientes cuya demora es superior a 180 días. Este programa se enmarca, a su vez, en el Programa de Autoconcierto, iniciado en octubre de 2000. En autoconcierto los pacientes se desplazan para ser intervenidos quirúrgicamente en hospitales que tienen poca demora, mientras que en equipos móviles son los profesionales los que se desplazan al hospital del paciente.

Actualmente coexisten los dos modelos. Los equipos móviles están constituidos por profesionales de servicios quirúrgicos que presentan demoras razonables. En algunas ocasiones los equipos cuentan con profesionales de enfermería del hospital receptor y, habitualmente, también participan otros profesionales del hospital receptor como personal de la gestión de usuarios, administrativo, mantenimiento, auxiliar de enfermería, celadores y limpieza. Hay que resaltar que sólo es posible la efectividad de los equipos a través de la profesionalidad de todos los participantes y de la excelente coordinación entre todos ellos, habiéndose alcanzado un alto índice de satisfacción entre los propios profesionales. Uno de los objetivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía es mejorar la accesibilidad a los servicios sanitarios de los ciudadanos; el Programa de Equipos Móviles supone un paso más del SAS en esa línea: acercar la oferta de servicios quirúrgicos a los hospitales con mayor demanda. La actividad quirúrgica de los equipos móviles se está desarrollando durante los fines de semana, desde el viernes por la tarde hasta el domingo por la tarde, momento en que todos los pacientes intervenidos son dados de alta. Al realizarse durante el fin de semana, la actividad de los equipos móviles no interfiere con la programación quirúrgica del hospital de origen ni con el hospital de destino.

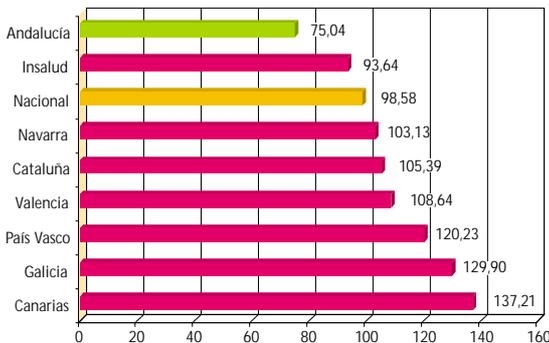
Los procedimientos quirúrgicos que se realizan son aquellos que pueden abordarse mediante técnicas de cirugía mayor ambulatoria, lo que supone corta estancia hospitalaria —en numerosos procesos sólo algunas horas—, sin ocasionar apenas molestias al paciente porque se emplean modernas técnicas de cirugía mínimamente invasiva.

Un esquema general del funcionamiento del equipo móvil en el hospital de destino, con variaciones según la especialidad y la patología, sería el siguiente: las sesiones quirúrgicas se celebran durante los fines de semana, viernes por la tarde y sábados, y en ocasiones el domingo por la mañana. El viernes por la tarde se evalúa en consulta a los pacientes que previamente han sido citados. Esta primera evaluación de los pacientes se dirige a establecer prioridades según criterios clínicos y de otra índole: tiempo de desplazamiento desde su domicilio al hospital, estado físico (edad, patología concomitante, etc.), problemática social y tipología de la enfermedad. La primera sesión quirúrgica se celebra el viernes por la tarde, la segunda el sábado por la mañana y la tercera el sábado por la tarde. Para efectuar el seguimiento postoperatorio, el sábado por la mañana se revisa a los pacientes operados el viernes. El domingo por la mañana se revisa a los pacientes que fueron operados el sábado. Si fuera preciso efectuar una sesión quirúrgica el domingo esta se celebraría en las primeras horas de la mañana del domingo, y los pacientes serían revisados el domingo por la tarde. Los pacientes tienen como referencia a uno de los especialistas quirúrgicos del equipo móvil que practicaron la intervención, para solucionar las eventualidades que puedan surgir. Los pacientes están altamente satisfechos con la actividad quirúrgica y con la calidad del servicio ofrecido, esto es refrendado por la fidelización que han mostrado al programa en sí, y al equipo en particular. También los profesionales implicados muestran un alto grado de satisfacción con la actividad desarrollada, entre otras cosas el programa les traslada un alto grado de autonomía. Los profesionales están muy motivados en la resolución de los problemas de salud de los ciudadanos. Estamos refiriéndonos a profesionales que tienen que desplazarse en fines de semana y se han prestado a realizar el esfuerzo suplementario que supone el Programa de Equipos Móviles. Hasta ahora funcionan 16 equipos cubriendo las especialidades de Oftalmología, Cirugía General y Digestiva, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Otorrinolaringología. Estos equipos quirúrgicos se irán incrementando en el futuro, y también podría aplicarse un modelo similar con equipos diagnósticos. Hasta la fecha los equipos móviles quirúrgicos han realizado cerca de 1.500 intervenciones.

Acuerdo sobre la prescripción por principio activo

El Servicio Andaluz de Salud ha apostado por una política de uso racional del medicamento, con actuaciones pioneras en España, que, entre otros logros, ha conseguido que en Andalucía el incremento del gasto farmacéutico haya sido inferior al del resto del país. Un dato concreto es que, en el periodo 1992-2000, la factura farmacéutica en nuestra comunidad autónoma fue la que menos creció en España. Con el objetivo de mejorar e incidir en esa política, el SAS ha previsto nuevas actuaciones. Entre ellas destaca la de promover e impulsar la prescripción por principio activo, es decir, que en la receta sólo se indiquen los datos del medicamento (nombre del principio activo, dosis, forma farmacéutica y número de unidades, ejemplo: Amoxicilina 500 mg 12 cápsulas), sin especificar una marca comercial concreta. Esta iniciativa es recomendada por la OMS y por otros organismos y asociaciones científicas nacionales e internacionales.

Evolución gasto prestación farmacéutica Sistema Nacional de Salud
% incremento 1992-2000



Para desarrollar esta nueva estrategia, el 6 de junio, el SAS firmó un acuerdo con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que entrará en vigor el día 1 de septiembre. En él se estableció un precio máximo de facturación para las prescripciones médicas por principio activo.

¿Qué ventajas supone recetar por principio activo?

Permite que el médico y el paciente identifiquen fácilmente el medicamento, ya que viene determinado por un solo nombre frente a la gran variedad de marcas que existen en el mercado (la media es de cinco marcas distintas por medicamento y, en algún caso, de hasta 33). También, facilita las búsquedas bibliográficas y el intercambio de información científica ya que la denominación por principio activo es universal.

Los médicos especialistas, en muchas ocasiones, ya prescriben a los pacientes hospitalizados por principio activo. De lo que se trata ahora es de que prescriban de la misma forma en sus consultas y que también

hagan los facultativos de atención primaria.

¿Cómo se informará sobre la prescripción por principio activo entre los profesionales?

Mediante campañas en las que se les facilitará listados sobre la composición en principios activos de las especialidades que hasta ahora prescriben con marcas comerciales. Esta información también será incluida en la historia clínica informatizada de atención primaria, que será modificada para facilitar la prescripción por principio activo.

¿Cómo se han establecido los precios máximos de los medicamentos?

Como la calidad de las distintas marcas de un mismo medicamento es idéntica y ésta no tiene relación alguna con su coste económico, el SAS ha fijado como precio máximo el más económico de entre los existentes en el mercado siempre que, al menos, existan dos especialidades con ese precio. Si sólo hubiere una se establece como precio máximo el de la siguiente especialidad más barata.

¿Es lo mismo prescribir por principio activo que por genérico?

No. Y no lo es porque cuando el médico prescribe una especialidad farmacéutica genérica tiene que especificar, además de los datos del medicamento, el nombre del laboratorio que lo fabrica, lo que sería parecido a recetar por marca.

¿El farmacéutico dispensará un genérico cuando el médico prescriba por principio activo?

No necesariamente. El farmacéutico podrá dispensarlo cuando su precio sea igual o inferior al precio máximo establecido. Es cierto que, en la mayoría de los casos, los genéricos estarán entre estos precios. No obstante, conviene tener en cuenta que sólo existen especialidades genéricas en el mercado para 114 medicamentos, de un total de 3.000.

¿Qué supone este acuerdo desde el punto de vista económico?

Si los médicos prescribieran siempre por principio activo tanto el SAS como los pacientes activos tendrían un notable ahorro económico. La factura farmacéutica anual en Andalucía se reduciría en unos diez mil millones de pesetas y el conjunto de los ciudadanos podrían tener un ahorro cercano a los mil millones.

¿Se seguirá respetando la libertad de prescripción del médico?

El acuerdo firmado por el SAS no modifica la actual situación de libertad de prescripción. El médico podrá prescribir por principio activo, por marca o por denominación genérica.

Primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en Atención Primaria

El pasado mes de julio se inauguró una unidad quirúrgica de cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el centro de salud de Palma del Río (Córdoba), primera y única de sus características en nuestro país. Esta innovadora unidad, por un lado, aplica las técnicas de CMA que tanto están contribuyendo a mejorar la respuesta quirúrgica de los hospitales y, por otro, traslada el proceso quirúrgico completo al centro de salud, convirtiendo la continuidad asistencial en el criterio base en torno al que funciona todo el proceso.

Los procedimientos que aborda la unidad son, entre otros, catarata, infiltración articular, hallux valgus, fimosis, extirpación de lesiones en la piel, hernia de pared abdominal, hemorroides, tumor benigno de mama. La previsión quirúrgica es de 8 intervenciones por sesión en jornada de tarde, la mañana se dedica a la programación de cirugía menor.

El SAS destina este verano más de 10.000 millones para sustituciones

El presupuesto que el SAS ha destinado para sustituir al personal sanitario y no sanitario durante sus vacaciones de verano es de 10.143.885.000 pesetas, cerca de mil millones más que el pasado año. De este dinero, el 56,6% (5.742 millones de pesetas) es para sustituir al personal de los hospitales, el 43% (4.366 millones de pesetas) para centros de atención primaria y el resto para los centros de hemoterapia. Para los distritos de atención primaria de mayor afluencia turística, el SAS ha contratado a 203 profesionales, de los que 105 son médicos de familia y pediatras. Estas contrataciones de refuerzo suponen una inversión de 305 millones de pesetas.

Encuestas de satisfacción 2001

En el segundo semestre del año se van a realizar encuestas entre los usuarios de los centros sanitarios del SAS. Este proyecto viene a analizar, por tercer año consecutivo, los niveles de satisfacción que tienen los ciudadanos sobre los servicios que reciben y pone de manifiesto la importancia que para toda la organización tiene lo que opina el usuario y los niveles de calidad percibida. Este año hay una importante novedad. Junto a las encuestas por centros de salud y hospitales, por primera vez se va a hacer una macroencuesta entre los usuarios de los centros de especialidades de consultas externas de las ocho provincias. En total se van a realizar a lo largo del año, 44.200 entrevistas a usuarios de los centros sanitarios: 17.000 en los centros de atención primaria, 12.000 en los hospitales y 15.200 en los centros de consultas externas de especialidades.

Novedades normativas de interés para los trabajadores del SAS

RESOLUCION de 31 de mayo de 2001, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se acuerda el nombramiento de los aspirantes seleccionados en el concurso-oposición para cubrir plazas básicas vacantes de Técnicos Especialistas en Anatomía Patológica de Areas Hospitalarias dependientes del Servicio Andaluz de Salud, (BOJA nº 67 de 12 de junio de 2001).

RESOLUCION de 31 de mayo de 2001, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se anuncia la publicación de la Relación Definitiva de aspirantes que han aprobado el concurso-oposición para cubrir plazas básicas vacantes de Administrativos de Función

Administrativa de Centros Asistenciales dependientes del Organismo, y de la relación de plazas ofertadas a los mismos, (BOJA nº 67 de 12 de junio de 2001).

ACUERDO de 9 de mayo de 2001, de la Mesa del Parlamento, sobre convocatoria de ayudas y subvenciones para actividades de cooperación y solidaridad con el Tercer Mundo, (BOJA nº 69 de 19 de junio de 2001).

RESOLUCION de 11 de junio de 2001, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca concurso para la provisión de determinadas plazas vacantes del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, de la Especialidad de Veterinaria, en Centros Asistenciales, (BOJA nº 75 de 3 de julio de 2001).

RESOLUCION de 11 de junio de 2001, del Servicio Andaluz de Salud, por la que se convoca concurso para la provisión de determinadas plazas vacantes del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, de la Especialidad de Farmacia, en Centros Asistenciales, (BOJA nº 75 de 3 de julio de 2001).

DECRETO 136/2001, de 12 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud, (BOJA nº 80 de 14 de julio de 2001).

DECRETO 137/2001, de 12 de junio, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de la categoría de Diplomado Universitario en Enfermería/Ayudante Técnico Sanitario de los Centros Sanitarios del Servicio Andaluz de Salud para el año 2001, (BOJA nº 80 de 14 de julio de 2001).

Aprobado el Decreto que regula la provisión de plazas y la selección del personal en el Servicio Andaluz de Salud y el Decreto de Oferta de Empleo Público para el año 2001

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó, el pasado día 12 de junio de 2001, el Decreto por el que se regulan los sistemas de selección del personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los Centros Sanitarios del SAS, así como el Decreto de Oferta de Empleo Público de la categoría de Diplomado Universitario de Enfermería/Ayudante Técnico Sanitario de los Centros sanitarios del SAS, para el año 2001.

El primer Decreto supone la adaptación de la Ley 30/99 al ámbito sanitario andaluz y su consecuencia práctica será la puesta en marcha de nuevas convocatorias de concurso de traslado y de concurso-oposición para todas las categorías profesionales. Se trata de retomar el proceso de estabilización de empleo público, consolidando un total de 8.126 plazas, correspondientes a las Ofertas de Empleo Público de los años 1997, 1998, 1999 y 2001 que cuenta con el respaldo unánime de todas las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad.

El nuevo Decreto de provisión y selección introduce una mayor agilidad en los procedimientos, ya que suprime trámites

innecesarios y establece plazos más cortos.

Una de las principales novedades propuestas es desvincular las Ofertas de Empleo y los concursos de traslado, lo que supone que podrían convocarse alternativa o simultáneamente. Con el concurso de traslado se proveerán plazas básicas vacantes de los centros e instituciones del Servicio Andaluz de Salud y los méritos serán valorados por una comisión compuesta por personal funcionario de carrera o estatutario fijo. Por su parte, entre los procesos selectivos, el concurso-oposición se compondrá de dos fases: la oposición que consistirá en uno o varios ejercicios eliminatorios y el concurso que valorará los méritos relacionados con la plaza a ocupar.

Además se recogen otros aspectos del sistema de provisión como los reingresos provisionales y la promoción interna temporal.

El Decreto de Oferta de Empleo Público del año 2001, aprueba la oferta de 741 plazas de Enfermeras/os de Atención primaria y Areas Hospitalarias que se convocarán conjuntamente con las 300 de la Oferta de Empleo Público del año 1998, es decir, en total 1.031 plazas.

A mejorar

Encuestas

Desde hace 3 años en los hospitales y centros de atención primaria del SAS se realizan encuestas anuales de satisfacción de usuarios. En ellas se analiza la opinión de los usuarios con los servicios de salud a través de una amplia gama de preguntas sobre la atención que han recibido. Los resultados se facilitan periódicamente a los directivos de los hospitales y distritos.

Actualmente, el conocimiento de las opiniones de los usuarios es considerado un instrumento más de gestión, por lo que progresivamente se va instaurando la práctica de recoger esas opiniones de manera sistemática. ¿Cómo podemos usarlas eficazmente en nuestro trabajo? En primer lugar buscando el significado de los resultados más allá de los porcentajes globales y actuando en consecuencia, es decir es preciso revisar las situaciones que han dado lugar a los malos resultados y también aquellas en que los usuarios se muestran especialmente satisfechos, para detectar qué cosas es posible hacer para mejorar la atención.

Mediante las encuestas, los profesionales pueden conocer las opiniones, comparar el nivel de satisfacción con el de servicios similares y centrarse en las bajas satisfacciones para actuar. El análisis y debate de los resultados de las encuestas facilita este conocimiento y su discusión se debe plantear con la finalidad de mejorar nuestro trabajo. No nos engañemos porque no se trata sólo de una responsabilidad de los directivos: estamos implicados todos los trabajadores del SAS. Quienes trabajamos directamente en la atención a usuarios estamos en una posición privilegiada para conocer el grado de satisfacción de las personas que atendemos y somos conscientes de muchas de las posibilidades de mejora.

La web

El SAS información en html

La página web del SAS ha incorporado la edición de la revista en formato html. De este modo se facilita el acceso a la información por parte de los internautas, ya que sólo es necesario disponer del navegador, y se agiliza la consulta de los diferentes temas.

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.

www.sas.junta-andalucia.es
 Coordinación: Cristina Torró Equipo de redacción: Patricia García, Arantxa Irastorza, Mauricio Lozano, Rosa Mª Pérez, Falina Tristán, Manuel Villacorta.
 Edita: Servicio Andaluz de Salud Avda. de la Constitución 18, 41071 Sevilla.
 Tel.: 955 018 000, Fax: 955 018 025, e-mail: sasinfo@sc.sas.cica.es