

- Colegiación voluntaria para nuestros profesionales página 2
- Convenio con las asociaciones de enfermería
- Entrevista con el coordinador del proceso de atención al paciente pluripatológico página 3
- Resumen de la Memoria del SAS 2001 páginas 4 y 5
- Recomendaciones diagnósticas
- Plan de control de las infecciones nosocomiales página 6
- Cuando el domicilio del paciente es la Residencia
- Pacto por el desarrollo de la Atención Primaria
- Procesos en la red página 7
- Convocatorias y disposiciones de interés página 8

Editorial

Los avances en todos los campos del conocimiento de las enfermedades van produciendo paulatinos cambios en la aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas, gracias a lo cual es posible llegar, en tiempos muy breves, a diagnósticos certeros y a la instauración de los tratamientos más adecuados. Exactamente igual, la gestión sanitaria esta sujeta a cambios y a avances que posibilitan llevar a la práctica las últimas técnicas que los usuarios requieren, en los plazos más adecuados y a unos costes asumibles. La organización del trabajo clínico a través de procesos estructurados significa actuar con criterios de calidad en la asistencia y en la gestión de esta asistencia. En la práctica significa que la atención se centra en cada paciente garantizándole no sólo la continuidad asistencial sino también las normas de calidad establecidas y definidas en cada proceso. Al haber definido y acordado los propios profesionales patrones de actuación en cada proceso, se limita también la variabilidad en las actuaciones de los profesionales con el consiguiente beneficio para el paciente. Ahora que comienzan a aplicarse en los centros sanitarios es necesario que cada profesional conozca en profundidad aquellos que afecten a su trabajo diario y aplique las normas que contienen. Es un sistema para garantizar la calidad de la atención sanitaria.

Más autonomía, participación y responsabilidad para las enfermeras en la gestión de los cuidados

El aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población y cronificación de las enfermedades, los profundos cambios en la estructura, composición y redes de apoyo familiar, y el aumento de las expectativas de los ciudadanos hacia los servicios de salud están requiriendo notables cambios en la atención a las necesidades de cuidados de salud de los andaluces. Los cuidados que proporcionan las enfermeras influyen mucho en la calidad que perciben los usuarios de los servicios sanitarios; de hecho, un componente importante en la valoración positiva que los andaluces dan a sus servicios sanitarios públicos tiene que ver con que este grupo profesional es de los mejor valorados cada año en las encuestas de satisfacción, probablemente porque por su cercanía, actitud y aptitud aportan el lado más humano de la atención sanitaria. Las nuevas necesidades de cuidados de los ciudadanos implican, por tanto, cambios en la concepción del trabajo de las enfermeras: son éstas quienes deben valorar las necesidades de cada paciente, prestarle los cuidados apropiados, evaluar su entorno, hacerle de guía en los distintos servicios y niveles de asistencia. En definitiva, ayudar al paciente a ser lo más autónomo posible dentro de las limitaciones que la enfermedad le produce.

Continuidad de la atención

Desde hace ocho meses un grupo de enfermeras tanto del ámbito asistencial como de los ámbitos de la gestión, investigación y docencia están elaborando un conjunto de propuestas que, bajo la condición de la continuidad de la atención a lo largo del proceso asistencial, impulsen el desarrollo de los cuidados en atención primaria y en atención especializada. Este proyecto puede y debe servir para profundizar en la reorientación del quehacer de los servicios hacia un modelo de cuidados que, situando al ciudadano realmente en el centro del sistema sanitario, sea capaz de responder a las nuevas necesidades. Por ello,

además de la condición de continuidad, dos principios guían el planteamiento: por un lado, la personalización de la atención de manera que permita establecer vínculos estables y continuados entre la enfermera y sus pacientes, sin que el nivel asistencial o la estructura organizativa actúen como un obstáculo para ello; por otro, la especial atención hacia sectores con necesidades especiales de cuidados, que requieren un abordaje específico por el impacto que tienen en ellos, sus familiares o sus cuidadores su situación de salud, los cambios que se producen en sus estilos de vida o su respuesta a la enfermedad.

La fortaleza del proyecto se basa en que las enfermeras, al estar más cerca de los pacientes, conocen mejor sus expectativas y el funcionamiento de los servicios con respecto a sus necesidades de cuidados. Por lo que es fundamental su contribución en la identificación de los cambios que han de producirse en la organización los servicios para que éstos se aproximen hacia modelos más respetuosos y acogedores donde el usuario sea realmente el centro de atención. De ahí que las enfermeras deban asumir más autonomía, más responsabilidad y más participación en las propuestas de mejoras de los servicios.

Nuevos cometidos

El modelo definido incorpora nuevos cometidos a desarrollar. Resumidamente, habrá enfermeras gestoras de casos con un componente de atención directa y otro de gestión de los cuidados que vayan a necesitar los pacientes. Se incorporan instrumentos para hacer efectiva la continuidad de cuidados como los informes de continuidad de cuidados al alta y el seguimiento de la situación de paciente mediante telecuidados por vía telefónica. Aumentará la accesibilidad de determinados tipos de pacientes (especialmente aquellos con necesidades especiales de cuidados y con domicilio en

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

Sin cambios: la colegiación es y seguirá siendo voluntaria para los profesionales de la sanidad pública andaluza

Efectivamente, como ya informábamos en el número anterior de la revista (marzo 2002), en Andalucía, desde el 1 de enero de 2002, a los profesionales que trabajan en exclusiva para el Sistema Sanitario Público de Andalucía no se les exige estar colegiados y ello en cumplimiento de lo que establece, en su artículo 30.2, la Ley 15/2001, de 26 de diciembre, por la que se aprueban medidas fiscales, presupuestarias, de control y administrativas.

Desde aquella fecha, no se ha producido ningún hecho que modifique la plena vigencia de esta Ley del Parlamento Andalúz. Es necesario insistir en ello ante las posibles dudas e incertidumbres que al respecto han podido causar las interpretaciones, erróneas e interesadas, vertidas por determinados responsables colegiales en medios de comunicación y otros foros, según las cuales, la simple admisión a trámite de un recurso de inconstitucionalidad, planteado por el Gobierno

central ante el Tribunal Constitucional (TC), contra una sola frase del citado artículo 30.2 habría tenido un imaginario efecto de suspensión automática de la aplicación del mismo.

Es obvio que la admisión a trámite del recurso sólo implica que el TC estudiará, en su momento, si la frase recurrida (y sólo ella) vulnera o no la Constitución y, en su día, se pronunciará al respecto. En la notificación que el TC realiza a la Junta de Andalucía, con fecha 21 de mayo pasado, éste no suspende la vigencia del precepto impugnado, ni hubiese podido hacerlo por cuanto, en su demanda, el Gobierno central no ha formalizado petición en tal sentido. Nada puede aventurarse sobre el sentido en que, en su día, se pronuncie el TC ni los efectos que de ese pronunciamiento se deriven, pero podemos recordar como antecedente que la libertad de colegiación es un hecho, desde 1985, precisamente para los

abogados y procuradores que actúan ante los juzgados y Tribunales por cuenta de las Administraciones o Entidades públicas (ver Art. 439.2 de la Ley Orgánica 6/ 1985, de 1 de julio, BOE nº 157 del 2 de julio, pag. 20632) o que también es, desde hace tiempo, voluntaria para profesionales sanitarios al servicio del Ejército y que también la Comunidad Autónoma de Canarias la ha consagrado por Ley recientemente publicada (8 de abril), en términos semejantes a los de nuestra Ley 15/2001.

En resumen, el mandato legal sobre la libertad de colegiación en el ámbito de lo público está plenamente vigente en Andalucía desde el punto de vista legal. En cumplimiento de este mandato, para el ejercicio profesional por cuenta de la Administración Pública, al profesional no se le va a exigir, ni se le exige la colegiación en ninguna formalización de contratación temporal o definitiva, ni precisa de ella para su práctica profesional clínica, sanitaria o de cualquier orden en dicho ámbito. Y en tal sentido se seguirán adoptando las medidas organizativas que se estiman necesarias para adecuar a esta circunstancia nuestros sistemas de información, modelos de documentos, programas informáticos, etc.

viene de portada

residencias) a los servicios de atención primaria mediante la potenciación de la asistencia domiciliaria. Los contenidos básicos y pautas de atención conjunta se establecerán en las comisiones de cuidados del área, ya contempladas en el Contrato Programa de este año. Las medidas de ayuda a las familias andaluzas aprobadas por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía (Decreto 137, de 30 de abril de 2002) suponen también un impulso a las líneas expuestas anteriormente. El Decreto otorga un papel esencial a las enfermeras como protagonistas, junto a otros profesionales, de la atención domiciliaria a pacientes vulnerables. Para reforzar esta atención el Servicio Andalúz de Salud va a contratar a lo largo de este año a casi un centenar de enfermeras. Las enfermeras excelentes adquieren fuertes compromisos con las personas a las que cuidan; al tener en cuenta las necesidades de sus pacientes, respetan sus valores y comparten con ellos la toma de decisiones que conciernen a su salud. Los cuidados basados en la personalización de la atención y dirigidos a los pacientes con mayores necesidades, para ayudarles a ser lo más autónomos posible significa prestar unos servicios de calidad y responder a los nuevos requerimientos de los ciudadanos.

Juan Carlos Castro Álvarez
Director Gerente del SAS

Convenio con las asociaciones de enfermería para mejorar la calidad de la sanidad andaluza

El consejero de Salud, Francisco Vallejo, y los presidentes de la Asociación andaluza de Enfermería Comunitaria, Eugenio Contreras, y de la Sociedad andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos, Begoña Sánchez, han firmado en Sevilla sendos convenios de colaboración para mejorar la calidad del Sistema Sanitario Público andalúz mediante la implantación y desarrollo de los procesos asistenciales.

La gestión por procesos implica una nueva forma de organización de la asistencia sanitaria que sitúa la continuidad asistencial, y por tanto la colaboración entre los diferentes niveles de atención, como elemento clave que determina la calidad de los servicios. El objetivo es procurar una atención y respuesta única a las necesidades y problemas de salud del ciudadano, reduciendo en la medida de lo posible la variabilidad clínica.

Junto a la cooperación para una adecuada implantación de los procesos asistenciales, normas de calidad y estándares de buena práctica, el acuerdo establece líneas de actuación en materia de formación continuada; acreditación de procesos y profesionales, innovaciones en la gestión y provisión de servicios que mejoren la calidad y coste-efectividad de los mismos y cooperación internacional.



Igualmente, con estos convenios la Consejería de Salud potencia espacios de colaboración para ayudar a las sociedades científicas a orientar sus esfuerzos en el campo de la investigación, haciéndolas copartícipes con los objetivos del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Del mismo modo, los servicios sanitarios pueden beneficiarse del conocimiento generado por estas organizaciones y contribuir a su difusión.

Este acuerdo de colaboración, que se desarrollará en posteriores convenios específicos, se suma a los suscritos anteriormente con similares objetivos entre la Consejería de Salud y la sociedades andaluzas de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Cardiología y Medicina Intensiva y Unidades Coronarias.

Entrevista con Manuel Ollero Baturone, Coordinador del equipo de trabajo del Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico e internista del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Las enfermedades no “entienden” de niveles asistenciales

Los pacientes pluripatológicos son enfermos con una especial fragilidad clínica afectados por distintas patologías o procesos crónicos. Un equipo de trabajo, coordinado por el internista Manuel Ollero, se han encargado de plantear todas las herramientas que harán posible mejorar los niveles de salud de estos pacientes. Un abordaje novedoso basado en dos elementos claves: la atención integral y la continuidad asistencial.

¿Cómo valora y qué ventajas y oportunidades ve en la gestión por procesos?

Los procesos vienen a romper barreras entre niveles asistenciales. La clave fundamental es que las enfermedades no “entienden” de niveles asistenciales. Para nosotros ha sido muy novedoso partir del análisis de lo que espera y necesita el paciente, sus familiares, los distintos profesionales. Ello nos ha dado una visión diferente. Antes, el problema de salud lo teníamos bajo un enfoque muy científico técnico, partíamos de la enfermedad sin tener en cuenta otros aspectos que son fundamentales a la hora de atender a un paciente, como la calidad de la atención en conjunto.

¿Qué errores se han encontrado al analizar la atención que recibe el paciente pluripatológico?

Fundamentalmente la falta de colaboración y coordinación entre los profesionales que intervienen en su atención, esto genera unos grandes vacíos asistenciales y provoca la ruptura de la continuidad asistencial. Falta comunicación directa y trabajo en equipo. El enfermo es visto en los dos niveles sin que nadie centre sus necesidades, cada uno va a su parte y el enfermo queda en medio, muchas veces sin saber donde acudir y con la sensación de que nadie en concreto está a cargo de él. No vemos qué pasa al final con el enfermo, si está satisfecho y si se han resuelto sus problemas.

¿Existían experiencias anteriores en nuestros centros sanitarios?

Evidentemente las cosas no salen de la nada, en lo que respecta al paciente pluripatológico en nuestra comunidad se están desarrollando experiencias que son pioneras en nuestro país. Hay precedentes importantes, como por ejemplo, la unidad de continuidad asistencial del hospital de Valme coordinada por el doctor Gómez Camacho. Desde hace siete años vienen trabajando en un modelo a atención parecido a éste, donde se prima la continuidad de cuidados a lo largo del tiempo de los enfermos que hemos denominado pluripatológicos muy sintomáticos. En el hospital Virgen del Rocío también venimos desarrollando desde hace seis años programas de colaboración con los centros de salud. El médico de familia y el



internista trabajan en contacto directo a través de teléfonos fijos y móviles, comentamos los problemas de los pacientes, la citación es personalizada, existe la posibilidad de facilitar desde aquí el ingreso directo, ya que si el médico en su visita detecta esta necesidad por el estado en el que encuentra al paciente nos llama y nosotros preparamos el ingreso. Quincenalmente el equipo de internistas del hospital nos reunimos con el equipo de primaria para discutir casos y tomar decisiones. Y me consta que el proceso de atención compartida se está llevando a cabo cada vez en más hospitales andaluces. Por otra parte, durante los últimos años se está trabajando mucho para incorporar las herramientas de valoración integral en atención primaria. Muchas de las propuestas que hacemos se incluyen en el apartado de valoración del anciano frágil de la Cartera de Servicios del SAS.

¿En qué cuestiones coincidáis y cuáles son las propuestas que se han elaborado?

En la falta de coordinación que existía hasta ahora, hay que crear unos canales de coordinación. Así como en el tema clave de la continuidad, en la necesidad de generar un plan de atención compartida para cuando el enfermo está en fase sintomática. Hay que habilitar la posibilidad del ingreso directo del paciente, que exista para cada centro de salud un internista de referencia en el hospital. Su papel sería ser agente del médico de familia en el entorno hospitalario. El internista facilitaría, a este tipo de pacientes, la cama del hospital, el acceso a las técnicas diagnósticas, a los especialistas como consultores en un determinado momento sin necesidad de mover al paciente. Lo que sería generar en el hospital y en atención primaria un plan de atención compartida para que el enfermo sea seguido

con los mismos criterios esté donde esté. Ese plan de atención compartida es la clave que se está impulsando de una forma o de otra en todos los procesos. Por otro lado, estaría la necesidad de establecer una intervención precoz desde atención primaria a través de una valoración integral del enfermo dónde se tengan en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales para preparar las intervenciones que sean necesarias de cara al paciente, a su cuidador principal, que ejerce un papel fundamental que no podemos olvidar, y todo lo que son los cuidados domiciliarios y el papel de la enfermería. Esta valoración incorpora las técnicas de valoración funcional a través de una serie de test y de encuestas, lo que nos permitirá detectar problemas que muchas veces permanecen ocultos. Yo creo que estas son las dos claves fundamentales en las que hay que trabajar, la valoración integral y generar un espacio de atención compartida entre especialistas y médicos de familia para evitar que se creen vacíos asistenciales.

¿En qué momento se encuentra el trabajo realizado?

Este proceso no está finalizado, porque la vocación que tiene es que haya grupos de mejora continuada donde distintos profesionales vayan colaborando para reanalizar como ir mejorando los procesos. Si este trabajo tiene sentido es porque es dinámico en cuanto a que tendremos que ir cambiando cosas en base a los resultados y a la satisfacción que se vaya obteniendo.

¿Cómo va la implantación de este proceso en los centros?

Tengo entendido que, junto al de Diabetes Mellitus, es uno de los procesos más elegidos por los centros de salud para comenzar a trabajar por procesos. Sin embargo, la implantación requiere cambios organizativos, hay que romper barreras y esto genera trabajo.

¿Qué barreras?

La inercia, la sobrecarga asistencial y las dificultades de comunicación entre primaria y especializada. Disponer de la historia de salud digital del ciudadano va a ser un elemento clave, va a ser una herramienta fundamental. Trabajar con una misma historia de salud el médico de familia y el internista, compartir la misma información va a aproximarnos mucho. Nos va a permitir poder hacer una atención compartida, con la historia de salud digital vamos a comunicarnos más fácilmente. Los profesionales no pueden estar comunicados a través de las centralitas telefónicas de los centros, tiene que haber herramientas que faciliten la comunicación.

Equipo de trabajo: Internistas: Eduardo Gómez Camacho, Alberto Ruiz Cantero, Emilio Pujol de la Llave, Carlos San Román Terán. **Médicos de familia:** José Manuel Cabrera Rodríguez, Miguel Melguizo Jiménez, Fermín Quesada Jiménez, Ernesto de Villar Conde del Hospital. **Enfermeras:** María Dolores García Márquez, Matilde de Ossorno Almcija.

De cerca

Resumen de la Memoria SAS 2001

Presupuesto definitivo

844,359 millones de pesetas (5,075 m. €)

2.313 millones de pesetas diarias (13.901.410 €)

114.041 pesetas por cada habitante andaluz (685 €)

Ejecución presupuestaria

	Crédito definitivo (miles de pesetas)	Crédito definitivo (miles de euros)	% ejecución
Dirección y Servicios Generales	2.374.729	14.272	99,02
Asistencia Sanitaria	566.683.626	3.405.837	98,24
Prestaciones complementarias	232.690.424	1.398.498	99,99
Hemoterapia	3.683.786	22.140	99,54
Asistencia sanitaria con medios ajenos	24.113.387	144.924	96,9
Formación y docencia	13.859.161	83.295	97,63
Trasplantes de órganos	953.512	5.731	99,63
	844.358.624	5.074.698	98,69

Fuente: JUPITER 2001

Plantilla SAS

Categorías	Atención Primaria	Atención Especializada	Total
Directivos	118	320	438
Facultativos	6.544	8.565	15.109
Sanit. no facult.	5.988	30.685	36.673
No sanitario	4.738	17.275	22.013
En formación		3.058	3.058
Total	17.388	59.903	77.291

Fuente: GERHONTE

Actividad asistencial Atención Primaria

Consultas en el centro Medicina Familia	46.170.493
Consultas domiciliarias Medicina Familia	785.087
Total actividad medicina de familia	46.955.580
Consultas en el centro Pediatría	6.269.488
Consultas domiciliarias Pediatría	9.245
Total actividad pediatría	6.278.733
Consultas en el centro Enfermería	22.784.774
Consultas domiciliarias Enfermería	3.050.024
Total actividad enfermería	25.834.798
Pacientes con analítica	3.138.780
Pacientes con radiología	922.630
Interconsultas a hospital (1ª consulta)	2.184.969
Sesiones Fisioterapia	1.266.232
Consultas Odontología	627.242
Urgencias médicas atendidas	4.875.767
Cap. resolución (%)	96,10

Fuente: SIGAP 2001

Actividad Cartera de Servicios de Atención Primaria

Seguimiento de embarazo normal	71.050	gestantes captadas
Asistencia puerperal	59.209	puérperas visitadas
Seguimiento salud infantil	37.627	niños/as de 4 años
Vacunación infantil (completa)	75.305	niños/as de 2 años
Salud escolar	215.882	niños/as revisados
Planificación familiar	146.203	mujeres en seguimiento
HTA	641.524	personas en seguimiento
Diabetes	326.070	personas en seguimiento
OCFA	95.931	personas en seguimiento
Asistencia al alta hospitalaria	66.487	personas atendidas
Asistencia a inmovilizados	111.181	personas atendidas
Asistencia a enfermos terminales	17.421	personas atendidas
Atención de ancianos en riesgo	105.068	personas en seguimiento
Atención de ancianos residentes en instituciones	28.623	personas en seguimiento
Tratamiento de procesos agudos en Odontología	423.711	personas atendidas
Seguimiento bucodental de embarazadas	13.443	gestantes revisadas
Sellado fisuras escolares (7-14 años)	53.038	niños/as
Obturaciones a escolares	13.242	niños/as
Cirugía menor	117.808	intervenciones
Detección precoz cáncer de mama	120.230	mujeres estudiadas

Fuente: SIGAP 2001

Actividad Hospitales del SAS

Ingresos desde Admisión	555.725
Estancias Totales	4.307.534
Estancia media	7,75
CE primeras	3.762.466
CE sucesivas	5.650.180
Total Consultas Externas	9.412.646
Intervenciones programadas con ingreso	137.876
Intervenciones CMA	99.420
Intervenciones urgentes con ingreso	77.314
Intervenciones ambulatorias (sin CMA)	153.285
Total intervenciones quirúrgicas	467.895
Hospital de día médico	191.114
Total de urgencias atendidas	3.122.007

Fuente: INIHOS 2001. SICPRO 2001

Cirugía Mayor Ambulatoria

Quince procesos más frecuentes	% altas
Cataratas	25,41
Extracción quirúrgica de diente	8,30
Hernias de la pared abdominal unilaterales	5,21
Hipertrofia crónica de amígdalas	4,95
Extracción de material de osteosíntesis	4,67
Esterilización mediante vasectomía	4,53
Legrado uterino	4,00
Hallux valgus	3,60
Biopsia cerrada de próstata	3,56
Extirpación de lesión de piel reparación plástica	3,10
Procedimientos diagnósticos sobre el útero	3,09
Liberación de tunel	2,37
Fimosis en edad pediátrica	2,16
Quiste pilonidal	2,02
Tumores benignos de mama	1,94

Fuente: SICPRO 2001

Hospital de Día Médico

Procedimientos realizados	
Tratamiento citostático	20.785
Transfusiones	9.668
Biopsia medula ósea	2.182
Quimioterapia corta duración	73.634
Quimioterapia media duración	28.308
Quimioterapia larga duración	13.326
Radioterapia ciclos cortos	1.905
Radioterapia ciclos largos	7.642
Terapias endoscópicas digestivas	9.025
Paracentesis	1.646
Terapia IV VIH	7.430
Biopsia cerrada hígado	535
Bombas de analgesia	1.810
Neurol ganglio simpático	1.029
Litotricia	4.617
Estudio electrofisiológico	889
Polisomnograma	6.683
Total	191.114

Fuente: SICPRO 2001

Donación y trasplantes en Andalucía

Porcentaje de negativa familiar	28%
Número absoluto de donantes	246
Donantes por millón de habitantes	32,6
Trasplante de órganos	
Riñón	334
Hígado	160
Corazón	44
Pulmón	19
Páncreas	15
Trasplante de tejidos	
Médula ósea	242
Córnea	257

Fuente: CAT 2001

Encuestas de satisfacción a usuarios

Recomendaría a su médico de familia o pediatra: 92,9%
 Recomendaría a un familiar o amigo el hospital en que fue atendido: 92,5%

Atención Primaria

	% satisfechos+muy satisfechos		
Fortalezas (aspectos mejor valorados)	1999	2000	2001
Satisfacción con la atención del enfermero/a en su domicilio	94,68 (1)	95,91	96,40
Satisfacción con la atención del médico en su domicilio	93,19 (2)	94,72	95,27
Entendimiento de la información del enfermero/a	92,40	93,94	94,93
Entendimiento de la información del médico o pediatra	90,28	91,03	93,25

(1) responde "sí": 18,6%. (2) responde "sí": 28,3%

Debilidades (aspectos con % menor de satisfacción)	1999	2000	2001
Facilidad en resolver los asuntos de tramites y papeles	76,50	72,79	74,07
Permiten dar su opinión sobre el tratamiento	54,50	60,50	61,63
Facilidad con el teléfono	47,21	48,23	47,73
El tiempo de espera le pareció poco o muy poco	38,44	40,77	45,93

Ficha técnica

Tamaño de la muestra: 16.820 usuarios (843 puntos muestrales). Entrevistas presenciales a la salida de los centros. Fecha del trabajo de campo: mayo-junio 2001. Margen de error: +/- 5%, nivel de confianza 2 sigmas.

Hospitales

	% satisfechos+muy satisfechos		
Fortalezas (aspectos mejor valorados)	1999	2000	2001
Valoración general de los médicos	91,45	89,73	91,62
Valoración del respeto con el que le han tratado	92,49	92,02	91,24
Valoración general de los celadores	89,42	88,52	89,71
Valoración general de los enfermeros	89,88	88,57	89,26
Debilidades (aspectos con % menor de satisfacción)	1999	2000	2001
Confianza en la asistencia prestada por el hospital	74,69	73,84	72,46
Valoración sobre la comodidad de las habitaciones	66,33	67,21	65,73
Hasta qué punto le permitieron dar su opinión	45,59	44,26	44,70
Valoración de la intimidad durante la estancia	42,68	43,04	44,28

Ficha técnica

Tamaño de la muestra: 12.000 usuarios. Entrevistas telefónicas asistidas por ordenador, en domicilio tras el alta. Fecha del trabajo de campo: octubre-noviembre 2001. Margen de error: +/- 5%, nivel de confianza 2 sigmas.

Recomendaciones diagnósticas

Recientemente el SAS ha publicado los protocolos que, referidos al área diagnóstica, tratan de recomendaciones en Microbiología y en Hematología y Bioquímica.

Los protocolos para el diagnóstico en Microbiología Clínica realizados por una Comisión Asesora en Microbiología, con representación de la Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica están dirigidos a profesionales de la especialidad y tienen como objetivo fundamental establecer unas recomendaciones tendentes a homogeneizar las técnicas que se realizan en los laboratorios de Microbiología del SAS. Las técnicas elegidas, que los profesionales consideran mejorarán su calidad con la aplicación de estos protocolos, son: hemocultivo, muestras de líquido cefalorraquídeo, urocultivo, coprocultivo, muestras de tracto genital femenino, muestras cutáneas y de partes blandas, muestras de tracto respiratorio superior e inferior. Los protocolos para el diagnóstico en Hematología y Bioquímica tratan de pruebas diagnósticas de patologías frecuentes de las especialidades de Hematología y Bioquímica. El objetivo fundamental de los mismos es servir de base para el establecimiento de acuerdos de coordinación, entre los facultativos de atención primaria y los especialistas de Hematología y Hemoterapia y Análisis Clínicos/Bioquímica, en el ámbito de la atención sanitaria que prestan a la población de su área en estas patologías. Las patologías cuyas pruebas diagnósticas han sido elegidas son, en Hematología: anemia, leucocitosis, policitemia (poliglobulia), trombocitosis, y trombocitopenia y en bioquímica: estudio analítico básico en atención primaria, determinaciones analíticas en hipertensión arterial, determinaciones analíticas en las dislipemias, determinaciones analíticas en la diabetes mellitus, determinaciones analíticas en la función tiroidea y determinaciones analíticas en el screening de cáncer de próstata.

La elaboración de los mismos ha sido posible gracias al consenso de las sociedades científicas implicadas: Sociedad Andaluza de Análisis Clínicos, Asociación Andaluza de Hematología y Hemoterapia, Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Andaluza de Medicina General, Sociedad Española de Biopatología Médica, Sociedad Española de Dirección y Gestión de Laboratorios Clínicos y Sociedad Española de Química Clínica y Biopatología Molecular.

Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en los hospitales del SAS

Las infecciones nosocomiales u hospitalarias constituyen actualmente un importante problema de Salud Pública. Y esto es así porque una parte de los pacientes que ingresan en los hospitales adquieren una o más infecciones nosocomiales (en nuestro entorno, del 3 al 14% de los enfermos ingresados en hospitales de agudos), lo que tiene un impacto significativo sobre la morbilidad, mortalidad y aspectos económicos que conciernen al paciente, al hospital y a la comunidad.

El interés por las infecciones que afectan al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital, o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo, se acentuó en los años sesenta por el considerable aumento de las infecciones estafilocócicas. Desde entonces se han producido importantes cambios (aumento de la frecuencia de infecciones por gramnegativos, incremento de la población susceptible en los centros sanitarios, aumento de las bacterias resistentes a los antimicrobianos, etc), que han contribuido, por una parte, a una mayor concienciación de la población general, de los profesionales y de los gestores sanitarios sobre este problema y, por otra, a un mayor nivel de exigencia, social y legal, en la aplicación de las medidas de vigilancia y control.

Si bien es cierto que las infecciones hospitalarias comparten las bases epidemiológicas de todas las infecciones en general, también lo es que tienen aspectos particulares que las convierten en un grupo aparte a la hora de hablar de su epidemiología y control. Así, cualquier enfermo ingresado puede padecer una infección nosocomial, y prácticamente cualquier microorganismo conocido puede teóricamente actuar como agente etiológico. La probabilidad de adquisición de una infección nosocomial está en función de las características intrínsecas del enfermo, las condiciones del hospital y el número y tipo de actividades diagnósticas y terapéuticas realizadas durante el ingreso.

Múltiples estudios han puesto de manifiesto que las infecciones hospitalarias son en una alta proporción evitables.

En Andalucía la prevalencia de la infección nosocomial la viene proporcionando el estudio EPINE, que se realiza todos los años desde 1990 en un gran número de hospitales españoles. Los datos de este estudio han ido variando a lo largo del tiempo en nuestra comunidad, evolucionando en los últimos años hacia un ligero ascenso de la prevalencia. Además del EPINE, algunos hospitales andaluces desarrollan también sus propios

estudios de prevalencia e incidencia. Se suelen llevar a cabo en el marco de estudios multicéntricos cuyo propósito es homogeneizar los criterios de recogida, medición, vigilancia, realización de comparaciones estandarizadas y el establecimiento de actuaciones de control de las infecciones, unificadas y adaptadas a los recursos y posibilidades de cada hospital. Pero lo cierto es que no se dispone, actualmente, de indicadores comunes para todos los hospitales del SAS, que midan y recojan las infecciones del mismo modo y de una manera sistemática. Además, en los hospitales que ponen en marcha programas activos de vigilancia se produce un incremento del número de infecciones registradas y una tasa de infección mayor que en aquellos que no vigilan del mismo modo.

La diversidad de sistemas e indicadores de vigilancia utilizados, hace que no dispongamos en la actualidad de un conocimiento preciso de la situación real de las infecciones hospitalarias en Andalucía. Es por ello que la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS planteó la conveniencia de definir un plan de actuación ante este problema. Para esa finalidad, se constituyó una comisión compuesta por miembros de distintas sociedades científicas y por profesionales expertos en el tema que trabajan en nuestros hospitales.

Fruto del trabajo de esta Comisión ha visto la luz en el primer trimestre de 2002 el "Plan de vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el ámbito de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud".

Este Plan pretende, en una primera fase, dotar a los hospitales del SAS de un sistema común mínimo para la vigilancia epidemiológica de la infección, para en una fase posterior incidir más específicamente en las medidas de prevención y control.

La aplicación de este Plan ha sido incluida como objetivo en el Contrato Programa del Servicio Andaluz de Salud con todos los hospitales para el cuatrienio 2001-2004.

Dado que las infecciones hospitalarias son, tanto en su génesis como en su prevención, un problema de todos, es por lo que los que hemos participado en la elaboración de este Plan, solicitamos tu implicación activa como trabajador del SAS en la implantación y desarrollo del mismo.

Manuel Conde Herrera
J. Sº Med. Preventiva H. V. Rocio
Fernando J. López Fernández
J. Sº Med. Preventiva H. Puerta del Mar

Cuando el domicilio del paciente es la Residencia

Hace algo más de un año que en el distrito de atención primaria Málaga pusimos en marcha una Unidad de Atención al Anciano Institucionalizado. Estamos trabajando en ella 4 enfermeras, 1 médico y 1 administrativa, y nuestro cometido es gestionar la atención sanitaria de las 43 residencias (unas 2.400 plazas) que tenemos censadas en el distrito. Ya hemos alcanzado una cobertura del 70% de nuestra población diana, lo que quiere decir que todos estos ancianos cuentan, al menos, con una valoración multidimensional y una analítica inicial, ya que conociendo así la situación de partida, podemos planificar los tratamientos adecuados de cada caso. Estudios y experiencias indican que los



principales problemas de salud de los ancianos residentes en instituciones son los relacionados con la higiene, movilidad, alimentación, incontinencia, integridad cutánea, así como las complicaciones derivadas de ellos. En este sentido, consideramos clave la coordinación con las cuidadoras (personal auxiliar de las residencias y familiares de los ancianos), ya que son ellos los principales proveedores de los cuidados necesarios para evitar estos problemas. Por tanto, el trabajo de las enfermeras de la Unidad se dirige, fundamentalmente, a la planificación y la orientación del cuidado del anciano. El seguimiento semanal por enfermeras entrenadas y la utilización de sistemas de registros conjuntos, están permitiendo mejorar los cuidados, coordinar los esfuerzos y optimizar el consumo de materiales de

cuidados como los absorbentes, las tiras reactivas, material de curas, etc. Igualmente, estamos consiguiendo detectar precozmente signos de descompensación, cribar algunos problemas médicos agudos que se resuelven mediante contacto telefónico con el médico de referencia y atender problemas de cuidados prevalentes como: deterioro integridad cutánea, lesiones, desequilibrio en la nutrición, diarrea, estreñimiento, caídas, deterioro en la movilidad, etc.

En este sentido, una tarea también importante que realizamos las enfermeras de la Unidad, son sugerencias de cambios organizativos en pro de la mejora de los cuidados de los ancianos. Es esta una labor delicada y no exenta de paciencia y perseverancia, ya que estamos tratando con organizaciones diferentes a la nuestra. Sabemos que la polimedicación es un problema importante en el entorno residencial. Por tanto, en las residencias que no cuentan con facultativo, la revisión mensual de los tratamientos por un médico de referencia, resulta rentable en términos de adecuación, económicos y de eliminación de yatrogenia. Sin embargo, en las residencias que cuentan con médico, es más beneficioso consensuar con ellos "Guías clínicas y farmacológicas".

Las peticiones de interconsulta las tenemos centralizadas en la Unidad, tanto para los procesos administrativos como para la obtención de la cita, y también en los casos que se necesita una ambulancia para transporte. Así mismo, recogemos en la Unidad las llamadas telefónicas con motivo de demanda de asistencia por parte estas instituciones, y las canalizamos, según proceda, hacia las propias enfermeras, la zona básica de salud de pertenencia o el Servicio Especial de Urgencias.

Tras un año de trabajo nuestra valoración es muy positiva y nos confirma que para atender adecuadamente a los ancianos residentes en instituciones, no es suficiente la prestación tradicional en forma de consulta o aviso, sino que debe tenderse a un modelo más eficiente, adaptado a sus circunstancias y optimizador de la gestión asistencial.

Es por ello que creemos que esta experiencia merece ser considerada por aquellos Distritos de gran tamaño, que cuenten con un número importante de plazas de residencia y no estén desarrollando otras estrategias de abordaje.

Juan Carlos Morilla
Enfermero, director de la Unidad

Pacto por el desarrollo de la Atención Primaria

El pasado mes de marzo se firmó el Pacto Andaluz por el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. El Pacto fue suscrito por el Servicio Andaluz de Salud y la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Este pacto recibió posteriormente el respaldo de las Organizaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía (Unión de Consumidores de Andalucía, Federación Andaluza de Consumidores y Amas de casa Al-Andalus y Federación de Asociaciones de Consumidores y Usuarios de Andalucía) que firmaron un acuerdo por el que otorgan su apoyo y adhesión al proyecto.

Las líneas de trabajo recogidas en este pacto establecen que no haya más de 1.500 pacientes asignados a cada facultativo, esto supondrá la contratación de aproximadamente 150 médicos de familia más antes de que acabe la presente legislatura. En el caso de los pediatras y del personal de enfermería serán las conclusiones de los grupos de trabajo las que indiquen los ratios idóneos. Otro de los puntos contenidos en el pacto es el incremento de la capacidad resolutoria de atención primaria. Los grupos de trabajo se encargarán también de analizar la relación entre los niveles de atención para facilitar un mejor acceso a los andaluces. El pacto recoge también el compromiso de implantar a corto plazo la historia de salud digital, de dotar a todos los centros de la intranet corporativa para facilitar la comunicación clínica entre los profesionales y la puesta en marcha de un centro de llamadas telefónicas que agilice los trámites a los ciudadanos.

Procesos en la red

Desde el portal de la Consejería de Salud (www.csalud.junta-andalucia.es) se puede acceder a la documentación más actualizada relativa a la mejora continua de los procesos asistenciales. Así, puede consultarse "on line" tanto la *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*, como los distintos procesos y sus correspondientes guías rápidas.

Además, con el fin de propiciar la participación y el intercambio de experiencias entre los profesionales, está prevista la puesta en marcha de un foro de debate y de un buzón de sugerencias, para recoger e incorporar periódicamente las mejoras oportunas a los documentos de referencia y a los propios procesos.

Más adelante, se pretende dar cabida también a la participación de los ciudadanos, ofreciéndoles una hoja de información con las pautas de actuación que deben seguir y los servicios sanitarios que irán recibiendo en función del proceso concreto en el que estén implicados.

RESOLUCION de 18 de febrero de 2002, por la que se acuerda la revocación de las Resoluciones de 16 de marzo y 25 de mayo de 1999, de convocatoria de concurso-oposición para Facultativos Especialistas de Áreas Hospitalarias, en determinadas especialidades (BOJA 26, de 2 de marzo de 2002).

RESOLUCION de 18 de febrero de 2002, por la que se acuerda la revocación de la Resolución de 29 de febrero de 1996, de convocatoria de concurso de traslado para DUE/ATS (BOJA 26, de 2 de marzo de 2002).

DECRETO 54/2002, de 19 de febrero, por el que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias del Servicio Andaluz de Salud (BOJA 28, de 7 de marzo de 2002).

ORDEN de 27 de febrero de 2002, por la que se establece la efectividad del carácter individual de la libre elección de médico y su gestión por la base de datos de usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 28, de 7 de marzo de 2002).

ORDEN de 30 de abril de 2002, por la que se crea y convoca el Premio de Investigación en Salud de Andalucía 2002. (BOJA núm. 64 de 1 de junio de 2002).

RESOLUCIÓN de 9 de mayo de 2002, de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia, por la que se convocan subvenciones para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en Ciencias de la Salud, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. (BOJA núm. 64 de 1 de junio de 2002).

ORDEN de 7 de junio de 2002, por la que se actualiza el Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía (BOJA núm. 70, de 15 de junio de 2002).

Otras publicaciones

Además, han sido ya publicadas las resoluciones de nombramiento de los aspirantes seleccionados en el concurso-oposición de

DUE/ATS y de Técnicos Especialistas en Laboratorio; de convocatoria de traslado de Psicólogos y Técnicos de Función Administrativa de Áreas Hospitalarias; de listados definitivos de los concursos de traslado de Facultativos de Farmacia y Veterinaria así como de aspirantes que superaron el concurso oposición de Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico. Recientemente se ha publicado el listado provisional de puntuaciones obtenidas en la fase de oposición de Facultativos de Veterinaria (CA4).

También se han publicado las siguientes convocatorias de procesos extraordinarios para la consolidación de empleo:

- **Personal Sanitario de Grupo B** (DUE/ATS, Matronas, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales).
- **Técnicos Especialistas** (Anatomía Patológica, Laboratorio, Medicina Nuclear, Radiodiagnóstico y Radioterapia).
- **Auxiliares de Enfermería.**
- **Personal No Sanitario de Grupo B** (Ingenieros Técnicos Industriales, Trabajadores Sociales y Gestión de función administrativa).
- **Personal No Sanitario de Grupo C** (Administrativos y Cocineros).
- **Personal No Sanitario de Grupo D** (Albañil, Auxiliar Administrativo, Calefactor, Carpintero, Costurera, Electricista, Fontanero, Fotógrafo, Jardinero, Mecánico, Monitor, Peluquero, Pintor y Telefonista).
- **Personal No Sanitario de Grupo E** (Celador, Limpiadora, Peón y Pinche).
- **Determinadas especialidades de Facultativos Especialistas de Áreas Hospitalarias.**

La acumulación de distintas categorías en una única convocatoria obedece a simplificar y facilitar su publicación en el Boletín Oficial.

Por otro lado, se han aprobado en Mesa Sectorial y se remitirán próximamente a BOJA las convocatorias de traslado ordinario de Médicos de familia, Pediatras de AP y Odontoestomatólogos. También están en esta situación las convocatorias de procesos extraordinarios de Médicos de familia, Pediatras de Atención Primaria, Odontoestomatólogos, Psicólogos, Técnicos de Salud y Técnicos de Función administrativa así como Maestros Industriales.

La web Lista de distribución

La página web del SAS ha puesto a disposición de sus visitantes una lista de distribución para la comunicación de las novedades que se vayan incorporando. Las personas que se suscriban recibirán, previa confirmación, la información puntual de las actualizaciones que se vayan realizando en la página.

A mejorar

Córdoba, 20 de febrero de 2002

Estimados señores:

En primer lugar permítanme presentarme, me llamo Rosario Montes Polo, y presto mis servicios en el Hospital "Infanta Margarita" de Cabra, como celadora interior.

Hace unos días recibí la publicación periódica nº 12 que muy amablemente me hacéis llegar a mi domicilio, por lo cual os doy las gracias desde estas líneas.

También he oído en los informativos la calidad que nuestra sanidad tiene y el valor que los andaluces le damos, esto es un orgullo para todos los profesionales que trabajamos dentro de ella, pero creo que es nuestra obligación seguir mejorando, y es por ello por lo que me he puesto en contacto con ustedes.

Presto mis servicios en la UCI, por lo cual suelo entrar y salir muchas veces por la puerta de quirófano, donde me encuentro con los familiares de los pacientes que se encuentran en reanimación.

A veces nos volcamos tanto en el enfermo que olvidamos a los familiares que son, en ese momento tan difícil para ellos, tan importantes o más que el enfermo.

Casi todas sus preguntas son las mismas ¿señorita cuándo va a salir?, es que nos ha dicho el médico que tardaría unos dos horas y ya lleva 3 o 4 y nadie nos dice nada. ¡Y tienen razón! Cuando termina la intervención, sale el cirujano, el anestesista y les informan y ya les olvidamos.

Tal vez solamente es una tensión un poco alta, no haber despertado de la anestesia, o simplemente no estar firmada el alta por el anestesista, por encontrarse dentro de otra intervención.

Lo cual para nosotros entra dentro de lo normal, pero no para la angustia y el miedo que ellos están pasando en ese momento, por ello debemos ponernos un poquito en su lugar, y hacerles la espera un poco menos angustiosa.

Desde aquí quiero animar a todo el personal del SAS a seguir mejorando nuestro servicio por el bien de los ciudadanos y nuestra propia satisfacción.

Reciban un cordial saludo.

Rosario Montes

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.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.