

# SASinformación<sup>28</sup>

PUBLICACIÓN PERIÓDICA PARA TODOS LOS PROFESIONALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD OCTUBRE 2005



pág 2 **Salud mental, tarea de todos** Convivir con la enfermedad, por lo general, no es fácil. A veces resulta duro. Pero convivir con la enfermedad mental, por lo general, es difícil. Y en ocasiones resulta muy duro. La salud mental es una parte especial de nuestra tarea asistencial.☺☺☺

\ DE CERCA

págs 5-6-7 **Las personas cuidadoras y el sistema de salud** El SAS ha establecido como un objetivo relevante facilitar que el paciente y la persona cuidadora se adapten mejor a su entorno cotidiano, que les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos gravosos a pesar de sus problemas de salud. Las cuidadoras familiares han pasado a convertirse en una población diana en la asistencia.☺☺☺

pág 9 **Guía Farmacoterapéutica de Hospitales 2005** Fruto de un convenio de colaboración entre el SAS y la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria, constituye un referente clínico terapéutico para todos los hospitales en la potenciación del uso de los medicamentos basado en la evidencia.☺☺☺

pág 11 **Situación actual de la OPE extraordinaria** Se describe la situación del proceso extraordinario de consolidación de empleo en el Servicio Andaluz de Salud a comienzos de octubre.☺☺☺

# EDITORIAL

## Salud mental, tarea de todos

**CONVIVIR CON** la enfermedad, por lo general, no es fácil. A veces resulta duro. Pero convivir con la enfermedad mental, por lo general, es difícil. Y en ocasiones resulta muy duro. En ocasiones resulta muy duro porque la sociedad vive en silencio la enfermedad mental. Todavía no se habla abiertamente de la misma como se habla de la diabetes o de la dislipemia. Es como si le sucediera a otros. Es un componente más del estigma con el que se marca injustamente y por mucho tiempo a quien padece o ha padecido una enfermedad mental. Pero resulta duro también por cómo se vive la enfermedad tanto por el paciente que la sufre como por su entorno familiar. La convivencia familiar en el curso de una enfermedad mental no siempre resulta fácil. Tanto por el manejo del paciente, como por la dificultad que supone desenvolverse ante situaciones inesperadas, como por la inseguridad de no saber cuáles son las mejores actitudes familiares terapéuticas para con el enfermo. La salud mental es una parte de nuestra tarea asistencial y una parte especial. Es así por varios motivos. En primer lugar, por el peso que tiene en términos de prevalencia. Una de cada cuatro personas en Andalucía ha padecido en el último año algún tipo de trastorno mental. Desde trastornos depresivos hasta psicosis. En segundo lugar, por el estigma social y la discriminación que pesan sobre la enfermedad mental. Y en tercer lugar, porque la declaración en Andalucía de 2005 como

año de la salud mental viene a reafirmar el compromiso institucional y de política sanitaria con las personas que padecen trastornos mentales y brinda una excelente oportunidad para dar un nuevo impulso a la atención a la salud mental, con nuevos recursos y con mejoras organizativas. La finalidad de todo ello: la mejora de la salud. Pero el itinerario que recorreremos pasa por muchas etapas. La competencia profesional, la consideración del paciente como el eje central del sistema sanitario, la eficacia de los servicios y la eficiencia de éstos, así como la coordinación entre sector social y sanitario. Y el reto que enfrenta toda nuestra sociedad: una mayor integración.



Foto: Guillermo Mendo

### NOS ESCRIBEN

## Guías de actuación ante pacientes quemados

**PROFESIONALES DE** la Unidad de Quemados del Hospital Carlos Haya, de Málaga, hemos elaborado una guía de actuación ante el paciente quemado, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria que se ofrece a estas personas, optimizando el trabajo de los diferentes colectivos que intervienen en su asistencia y garantizando la continuidad de cuidados.

El manual, que se ha distribuido entre profesionales sanitarios, personal del 061 y bomberos, se dirige a garantizar la continuidad de los cuidados que reciben estas personas y a reforzar la coordinación en el trabajo.

Los quemados son pacientes que precisan multitud de cuidados al alta, por lo que la formación del paciente quemado para su autocuidado se inicia en el mismo hospital. Junto a ello, en la Unidad de Quemados se ha establecido un protocolo de maquillaje reparador desde principios de año, que permiten enseñarles técnicas para disimular las secuelas.

**Unidad de Quemados**  
Hospital de Málaga

## Traducción

**EN EL** Distrito Sanitario Sevilla hemos traducido la carta de derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario público andaluz a varios idiomas, en concreto al árabe, inglés, francés, italiano, polaco y rumano, por ser los más usuales entre el sector de la población de inmigrantes y turistas que acuden a nuestros 33 centros de salud y cuatro consultorios de Sevilla capital. Además, la intención del Distrito es traducir la carta a otras lenguas, dada la gran cantidad de ciudadanos de otras nacionalidades que visitan o residen en nuestra comunidad. Con esta medida queremos dar una mayor información a los usuarios superando la barrera idiomática que en ocasiones nos encontramos en el desempeño de nuestra actividad asistencial.

**Distrito Sanitario Sevilla**



# 2005, año de la salud mental en Andalucía

**HACE AHORA** un año, en octubre de 2004, Andalucía declaró institucionalmente este año 2005 como año de la salud mental. Posteriormente, en enero de 2005 se celebró en Helsinki una conferencia europea de ministros de sanidad auspiciada por la OMS, que de forma monográfica se dedicó a la salud mental. Dice mucho sobre la prioridad que también a nivel europeo se otorga a ello. En el mes de junio de 2005 se acaban de celebrar unas jornadas andaluzas con los responsables de los servicios de salud mental y de directivos de hospitales y distritos de toda Andalucía con participación de más de 300 profesionales.

## Un largo recorrido

En Andalucía tenemos un recorrido ya largo en materia de servicios y organización de la salud mental. La creación del IASAM en su momento, la incardinación de los equipos de salud mental de distrito en el ámbito de la atención primaria y de los centros de salud; la apuesta por el modelo comunitario; la diversificación de la oferta asistencial de salud mental especializada como las unidades de salud infanto juvenil, las unidades de rehabilitación de área, los hospitales de día o las comunidades terapéuticas; el desarrollo de las áreas de salud mental; o la creación de FAISEM.

El desarrollo del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007 y las medidas en él contenidas, así como el proyecto de nuevo decreto de ordenación de los servicios de salud mental constituyen otras referencias importantes. Si observamos el alcance, las prioridades y las acciones propuestas por la conferencia de Helsinki, comprobamos la gran coincidencia de las líneas planteadas en la misma con la realidad de nuestros servicios y nuestro enfoque: se propugna como la dirección correcta un modelo de base comunitaria que reemplace y no esté basado en las aisladas y grandes instituciones psiquiátricas (por cierto, en un contexto, el europeo, en el que aun más de dos tercios de las camas totales disponibles son aún camas en hospitales psiquiátricos y en el que dos de cada cinco países no tienen programas de salud mental); se propugna un modelo que reconozca la importancia de la atención primaria de salud y de sus profesionales en la atención asistencial a los problemas de salud mental; y junto a ella el desarrollo de profesionales y servicios de salud mental orientados a necesidades específicas de grupos como niños, jóvenes y aquellos pacientes con trastornos graves y de larga duración; junto a elementos de prevención y promoción, de eliminación del estigma, del apoyo de iniciativas en relación con el empleo, de cooperación y coordinación con agencias de servicios sociales, de apoyo a las familias y a las personas que ejercen cuidados, etc.

## Nuevas actuaciones y proyectos

Junto a la mejora de las infraestructuras y al incremento de la plantilla de profesionales que se están desarrollando en el SAS, hay otra serie de actuaciones y circunstancias de diversa índole que convergen en términos de hacer del



Foto: Guillermo Mendo

momento actual una magnífica coyuntura para mejorar todos, los pacientes en los servicios que reciben y los profesionales en sus condiciones de desempeño.

Como la transformación de los servicios de salud mental en unidades de gestión clínica, la extensión y consolidación de los procesos sobre depresión/ansiedad o el de trastornos de conductas alimentarias; la continuidad de cuidados y la personalización de la atención, con un desarrollo muy efectivo de enfermería, son algunos ejemplos. A los que habría que añadir el desarrollo de recursos sociolaborales y residenciales de FAISEM, que este año tiene previsto crear 100 nuevas plazas de casa-hogar y 95 de viviendas supervisadas. Aun cuando queda camino por recorrer, muchas cosas de gran valor ha puesto en marcha la sanidad pública andaluza a lo largo de estos años en torno a la salud mental. Pero, entre otras actuaciones probablemente más intangibles nos queda potenciar aún más –y no de no menor importancia– la recuperación del protagonismo activo de estas personas y de sus familias, la ruptura de su aislamiento, el apoyo efectivo y el mayor cuidado a ellos mismos por parte del servicio sanitario público. Porque la enfermedad mental involucra a la persona y a su entorno, tanto en términos psicopatológicos como sociales, de una manera tan compleja que requiere unos cuidados, una atención y unas respuestas también complejas.

## Principales inversiones SAS salud mental 2005

### Hospitalización

H. Reina Sofía	Nueva ubicación unidad (2006*)
H. Infanta Margarita	Nueva unidad (2006)
H. Málaga	Ampliación unidades (2006)
H. Virgen de la Victoria	Ampliación unidades (2006)
Antiguo H. Militar Sevilla	Elaboración proyecto (2006)
H. Virgen Macarena	Nueva unidad (2005)
H. Virgen de la Victoria (H. Marítimo)	Elaboración proyecto (2006)

### Hospitales de día

H. Torrecárdenas	Reestructuración (2005)
H. La Inmaculada	Nueva unidad (2005)
H. Reina Sofía	Nueva unidad (2005)
H. Santa Ana	Nueva unidad (2005)
H. San Agustín	Nueva unidad (2005)
H. Axarquía	Nueva unidad (2006)
Antiguo H. Militar Sevilla	Nueva unidad (2005)

### Comunidades terapéuticas

H. Reina Sofía (Los Molares)	Obras remodelación (2006)
C. H. Jaén	Nueva unidad (2005)
Antiguo H. Militar Sevilla	Nueva unidad (2005)
H. Virgen del Rocío (Santa Clara)	Ampliación unidad (2006)

### Incremento plantilla

Plantilla Hospitalización y ESMD	121 nuevos profesionales (2005)
Plantilla nuevos servicios	208 nuevos profesionales (2006)

\* Año previsto de funcionamiento

\ ENTREVISTA

José Expósito Hernández  
Oncólogo. Director del Plan Integral de Oncología  
de Andalucía

## "La atención al paciente en situación terminal centrará las líneas de trabajo futuras"



Foto: SAS

**José Expósito es médico especialista en Oncología Radioterápica. En 1985, inicia su labor asistencial en el Hospital Virgen de las Nieves de Granada y desde 2003 dirige el Plan Integral de Oncología de Andalucía.**

**P: El Plan Integral de Oncología de Andalucía nace en 2002 con el objetivo de reorganizar, ampliar y adaptar los recursos sanitarios a las necesidades de los pacientes con cáncer. ¿Qué balance puede hacer de estos años de trabajo?**

**R:** El trabajo llevado a cabo en estos años ha sido intenso y determinante. La situación de partida hacía necesario mejorar la red asistencial para la atención a estos enfermos y la coordinación entre los diversos dispositivos. La elaboración del Plan y su puesta en práctica señala el decidido impulso por mejorar las cosas dado por la Consejería de Salud y el SAS. Desde la aprobación del Plan hasta la actualidad, se han producido cambios sustanciales. En recursos tecnológicos, el equipamiento en radioterapia dispone ahora de un número de unidades de tratamiento mucho más adecuado que en 2002 y casi se duplicará a finales de 2006, pasando de 18 a 34 unidades distribuidas geográficamente para garantizar la accesibilidad y equidad a estos servicios. Además, las unidades de tratamiento en hospitales comarcales son ya una realidad de la que se benefician más de 3.000 pacientes al año.

**P: ¿Cuáles son las líneas de actuación para los próximos años?**

**R:** El mayor impulso será a la atención al paciente en situación terminal, que exige una compleja y estrecha relación entre los especialistas, atención primaria y los equipos de soporte de cuidados paliativos. Ésa es una apuesta de futuro que debe hacernos unir esfuerzos con claridad. Ha llegado el momento de poner el acento en lo que nuestros pacientes nos demandan, tanto ellos como sus familias muestran confianza en el tratamiento que reciben y ahora hay que lograr un tratamiento no sólo de calidad sino integral. Hay que avanzar en cómo hacemos las cosas: información al paciente, comunicación, apoyo psicológico y social, con espacios físicos cuidados y útiles.

**P: ¿Cómo valora la implicación de los profesionales en el desarrollo del Plan?**

**R:** La implicación de los profesionales resulta muy necesaria para plantear cualquier estrategia que tenga que ver con la salud y para el Plan de Oncología ciertamente lo es. Desde el primer momento, ha existido coincidencia entre los profesionales y el Plan, en tanto que hemos percibido que el momento era muy oportuno para dar entre todos un empujón a la asistencia oncológica en nuestra comunidad. De hecho, la participación efectiva de profesionales médicos y de enfermería con actividades de muy diversa índole propuestas desde el Plan es muy elevada. Cuando se ha planteado la necesidad de introducir modificaciones o priorizar ciertas áreas, siempre hemos encontrado una acogida importante que ha propiciado un clima de participación y cercanía.

**P: ¿Cuál es su opinión respecto a la investigación oncológica en Andalucía?**

**R:** En Andalucía, existe una excesiva concentración de la investigación clínica en torno al ensayo clínico y sería necesario una mayor cooperación entre investigadores que se traduzca en proyectos coordinados y de investigación que hoy conocemos como translacional. Hemos de rentabilizar al máximo la oportunidad que supone el banco de células tumorales. Sin duda, necesitamos más investigación que resuelva los interrogantes sobre los determinantes del cáncer y permita generar hipótesis epidemiológicas interesantes, así como sobre la exposición medioambiental. Todas estas áreas tienen un potencial de crecimiento en Andalucía.

**P: El Ministerio de Sanidad ha difundido los datos sobre incidencia y prevalencia de las enfermedades tumorales, considerándolas como problema prioritario de salud pública. ¿Cuál es la situación en Andalucía?**

**R:** Globalmente, nuestra situación, las cifras de incidencia y de mortalidad, es bastante moderada, con valores propios de país mediterráneo y menor que los países del norte y del este de Europa. Sin embargo, como quiera que tendemos a unas formas de vida y hábitos cada vez menos diferentes, en algunas situaciones nos vamos acercando a escenarios menos favorables como es el caso del cáncer de pulmón en la mujer, la elevada incidencia del cáncer de próstata y el de colon y recto.



# DE CERCA

## Las personas cuidadoras y el sistema de salud

*"Lo esencial es invisible a los ojos"*

Saint-Exupéry

**HACE UNOS** días, en una sala de espera de un centro sanitario andaluz, leía una nota que informaba a las cuidadoras de grandes discapacitados que se les daría prioridad para ser atendidas. Es una buena noticia que el sistema sanitario muestre sensibilidad ante la situación que viven los cientos de miles de personas que cuidan a algún familiar en situación de dependencia. Pero, ¿por qué es importante tener en cuenta a las cuidadoras y cuidadores desde los servicios de salud? Para responder a esta pregunta resulta útil reflexionar acerca de distintas formas de entender el papel de las personas que cuidan desde la perspectiva del propio sistema formal de atención.

### Un sistema invisible de cuidados de salud

Sabemos que los servicios formales contribuyen de forma minoritaria al cuidado continuado de las personas dependientes que viven en la comunidad, y que la atención de salud prestada por los profesionales es sólo la punta de un iceberg, bajo el cual se oculta un verdadero sistema invisible de cuidado a la salud. En el caso de las personas mayores en España, por ejemplo, se estima que entre el 80 y el 88% del total de cuidados que reciben son prestados exclusivamente por miembros de la familia. En nuestro entorno, los datos de un estudio representativo de los hogares andaluces indican que en el 40% de ellos se presta algún tipo de cuidado informal a las personas del hogar que lo necesitan (por estar enfermos, sufrir una discapacidad, ser mayores o pequeños), y que el 66% de éstas reciben los cuidados de forma casi exclusiva de sus familiares. Con demasiada frecuencia las personas cuidadoras han permanecido invisibles para el sistema de salud, cuando no consideradas como un estorbo o un obstáculo para el trabajo de los profesionales. Sin embargo, en las últimas décadas, está cobrando importancia el debate social sobre el cuidado informal y las personas cuidadoras están dejando de ser "la cenicienta de la política social".

El cuidado informal se ha definido como "la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares,

amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen". Cuidar puede ser entendido como un trabajo, una actividad que acarrea costes y que supone la ejecución de una serie de tareas, pero ésta forma de entender el cuidado ha sido cuestionada. Si bien cuidar es un trabajo, este trabajo es tanto físico como emocional: cuidar implica tareas, pero también relaciones y sentimientos, esto es, tiene una dimensión relacional. Tiene también una dimensión ética y política, ya que cuidar trasciende a un contexto social y físico más amplio que el puramente interpersonal. La identificación de cuidado con dependencia es un hecho que también ha sido criticado, ya que el cuidado se devalúa si se asocia a un estado indeseable de insuficiencia, en segundo lugar, se basa en una concepción dual (cuidador-receptor) cuando el cuidado es más bien una relación de interdependencia, y, finalmente, no hay que olvidar que prácticamente todos, en algún momento de nuestras vidas, asumimos el papel de receptor de cuidados y también el de cuidadores y cuidadoras.

### Cuidar se escribe en femenino

El cuidado informal tiene ciertas características que afectan muy directamente a su invisibilidad y falta de reconocimiento social. Se trata de trabajo no remunerado (sin precio en el mercado), pertenece al terreno de lo familiar, se desarrolla en el ámbito doméstico, y forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de su rol de género. La ética del cuidado implica tanto acciones concretas, como una "forma de pensar" para cuidar, que está fuertemente relacionada con la identidad moral y de género y su construcción social. Cuidar se escribe en femenino y, aún hoy, en nuestro medio el cuidado informal se resuelve a costa del trabajo y el tiempo de las mujeres. La distribución de la responsabilidad de cuidar no es homogénea en las familias, las redes de cuidado giran en torno a una figura central, la cuidadora principal, que "se hace cargo" del cuidado, con un grado variable de implicación de otras personas. El perfil típico de las personas que asumen este papel es el de una mujer, responsable de las tareas domésticas del hogar, con una relación de parentesco muy directa (por lo general la madre, hija o esposa del beneficiario) y que convive con la persona a la que cuida.



Fotos: SAS

Las cifras son contundentes: el 83% de las personas cuidadoras principales de mayores en Andalucía, el 75% en el caso de personas con discapacidad en España, y el 92% de las cuidadoras de las personas que necesitan atención en los hogares andaluces son mujeres. Sin embargo, no todas las mujeres participan por igual en el cuidado: son las de menor nivel educativo, sin empleo, y de niveles bajos de clase social las que configuran el gran colectivo de cuidadoras informales.

### \ El impacto para quien cuida

La responsabilidad de cuidar supone una elevada dedicación en tiempo para las cuidadoras, pero el "coste" de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas. Verdaderamente, la vida de la cuidadora principal se ve condicionada por su papel: no se trabaja de cuidadora, se es cuidadora. Cuidar supone un impacto sobre la propia salud, y el impacto negativo sobre la esfera psicológica es mucho más evidente y se percibe más intensamente que las consecuencias negativas sobre la dimensión física de la salud. Determinadas características de la cuidadora y de la situación de cuidados, se relacionan con sus indicadores de salud (ver tabla). Si analizamos la salud percibida, por ejemplo, las cuidadoras entre los 50 y los 64 años, las de clase social baja y las que no tienen un empleo, presentan un mayor riesgo de percibir su salud como mala o muy mala, que es aún peor en aquellas que cuidan a una persona con problemas mentales. Son numerosos los trabajos que muestran el impacto de cuidar sobre la esfera laboral. Al abandono, temporal o definitivo, del trabajo remunerado, hay que añadir los casos en los que cuidar ha impedido a la cuidadora acceder a un empleo. Si se suman las cuidadoras que han tenido que dejar definitivamente un empleo y las que no han podido tener acceso a él, se estima que asumir el papel de cuidadoras principales ha condicionado la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de las personas cuidadoras, proporción que se eleva a un 46% si tenemos en cuenta las exclusiones temporales. La pérdida del trabajo remunerado –o la imposibilidad de acceso a él– supone una pérdida del poder adquisitivo de la cuidadora y de la unidad familiar en su conjunto, a lo que se añaden consecuencias a largo plazo sobre sus oportunidades de protección social en la vejez. Otras repercusiones de la exclusión laboral tienen que ver con el desarrollo profesional y personal. La alta dedicación a los cuidados conlleva en muchos casos una restricción de la vida social de las cuidadoras, disminuyendo las posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares, de recibir o realizar visitas. Tiempo escaso, inexistente a veces, para el propio cuidado, para dedicarlo a otras responsabilidades o, simplemente, para disponer libremente de él. Y éste es uno de los elementos que más influyen en la sobrecarga que sufren las cuidadoras, esta sensación de estar siempre pendiente y disponible. Cualquier política de apoyo a personas cuidadoras debería tener en cuenta que en la actualidad existe una situación de

distribución desigual de las responsabilidades y cargas que supone el cuidado de las personas dependientes en la sociedad. Lo importante no es sólo establecer políticas de apoyo a persona cuidadoras. Es necesario examinar cómo las políticas y acciones de apoyo afectan a las mujeres y a los hombres y a qué grupos pueden afectar más. Las políticas de apoyo a personas cuidadoras deberían ser, en primer término, políticas de reducción de las desigualdades y fomento de la equidad.

### Indicadores seleccionados de salud, bienestar y utilización de servicios sanitarios de las personas cuidadoras principales por grupos de edad (N =1000)

Indicadores	Grupos de edad (años)				Total
	< 21	21-49	50-64	> 65	
Percepción de salud: regular, mala o muy mala	8,3	19,8	93,3	63,8	35,0
Presencia de problemas crónicos físicos	33,3	49,4	89,4	86,8	62,9
Presencia de problemas emocionales	8,3	18,1	32,7	25,7	22,0
Limitación de actividad	-	11,2	34,7	46,7	21,1
Uso servicios sanitarios (últimas 2 semanas)	18,2	23,7	35,3	42,9	29,0
Uso medicamentos (últimas 2 semanas)	33,3	46,2	76,4	80,9	57,4
Satisfacción con la vida: poca o ninguna	16,7	18,1	35,9	32,2	23,8

Fuente: García Calvente MM y cols. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP 1999.

#### Algunos datos sobre personas cuidadoras

- \_ Hay 130.000 personas cuidadoras de enfermos y personas mayores en Andalucía, de las que 50.000 se dedican a cuidar a un familiar con graves problemas de discapacidad.
- \_ Se estima que en el 40% de los hogares andaluces se presta algún tipo de cuidado informal a las personas del hogar que lo necesitan (enfermos, discapacitados, mayores o pequeños).
- \_ El 83% de las personas que cuidan a mayores son mujeres, con una edad media de 57 años.
- \_ En cuanto a sus problemas de salud, el 61% de las cuidadoras sufre dolor de espalda derivado del manejo diario del familiar enfermo, un 57% presenta dolores articulares y un 43% se queja de dolores de cabeza. Además, un 23% de las cuidadoras presenta depresión leve y un 48% sufre estrés.
- \_ Se estima que asumir el papel de cuidadoras principales ha condicionado la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de las personas cuidadoras.

# CERCA

## Plan de atención a las personas cuidadoras

EL SAS ha establecido como un objetivo relevante proporcionar herramientas para que el paciente y la persona cuidadora se adapten mejor a su entorno cotidiano y para que les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos gravosos a pesar de sus problemas de salud. Las cuidadoras familiares han pasado a convertirse en una población diana de nuestra cartera de servicios. En Andalucía se estima que hay alrededor de 130.000 personas cuidadoras de enfermos y personas mayores, de las que 50.000 se dedican a cuidar a un familiar con graves problemas de discapacidad y una total dependencia para las actividades diarias. Atendiendo a esta situación, se ha puesto en marcha en febrero de este año 2005 el Plan de Cuidadoras familiares de Andalucía que recoge programas específicos que proporcionen ayudas a las cuidadoras y faciliten medidas de apoyo a éstas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social. Con especial atención a las cuidadoras familiares de grandes discapacitados. Este Plan tiene como objetivo principal el mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras familiares.

Para esto el Plan establece diversas medidas.

### Medidas contenidas en el plan de atención a cuidadoras

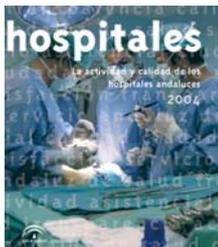
- \_ Realizar una atención integral y personalizada a las cuidadoras captadas.
- \_ Mejorar el acceso de las cuidadoras familiares a los profesionales de los centros de salud.
- \_ Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria.
- \_ Asegurar un trato caracterizado por la empatía y comprensión por parte de los profesionales.
- \_ Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos.
- \_ Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las cuidadoras.
- \_ Proporcionar atención en situaciones de duelo.
- \_ Establecer medidas de discriminación positiva para las cuidadoras de grandes discapacitados.
- \_ Fomentar vías de formación y de reinserción laboral aprovechando la experiencia y conocimientos adquiridos por las cuidadoras.

Estas cuidadoras están siendo identificadas en su Tarjeta Sanitaria mediante un adhesivo con la leyenda "Persona Cuidadora G.D.", (de gran discapacitado) que sirve para la identificación y localización y que será requisito específico

para acceder a los servicios del Plan. Se ha puesto en marcha una aplicación informática que permite identificar y registrar a tales personas a fin de poder gestionar todas aquellas medidas contempladas en el mencionado Plan. En la actualidad hay en torno a 10.000 tarjetas sanitarias identificadas de esta manera ("carnets" de cuidadoras) en toda Andalucía. El SAS ha organizado en los seis primeros meses de este año 2005, 852 talleres de apoyo y formación sobre cuidados a los que asistieron 5.048 cuidadoras. Los talleres están organizados por niveles para dar formación en cuidados tanto a las personas que se inician como cuidadoras como a las que ya llevan bastante tiempo ejerciendo esta función. Además, en los talleres comparten sus experiencias, se les proporciona apoyo emocional y métodos para afrontar mejor la sobrecarga que supone cuidar de forma continuada. Por otro lado, las enfermeras de familia y de enlace han realizado en los meses de julio y agosto 468 sesiones informativas con las cuidadoras sobre prevención de los efectos de las altas temperaturas, considerando que las personas mayores y con enfermedades crónicas son más susceptibles a sufrir las consecuencias del calor. Han facilitado recomendaciones, indicando qué hacer ante la aparición de estos signos de alerta y a quién debían dirigirse para solicitar atención sanitaria o consultar sus dudas. Se han distribuido 5.000 carteles y 81.000 folletos informativos de la campaña ya se están repartiendo en todos los centros de atención primaria y hospitales de Andalucía sobre el Plan.



# Publicaciones recientes del SAS



## Hospitales. La actividad y calidad de los hospitales andaluces 2004

Compendio anual de indicadores de actividad y de calidad de los hospitales del SSPA. Esta iniciativa, viene a hacer pública información de interés y relevante del funcionamiento y de los resultados de los hospitales andaluces.



## Casos en imagen PDPCM: Programa de detección precoz del cáncer de mama

Muestra casos en imagen de cánceres de mama detectados en el programa de detección precoz, siendo una importante herramienta de apoyo en la formación de los radiólogos lectores de mamografías de cribado.



## Modelo de compras en el Servicio Andaluz de Salud: fundamentos y metodología

Establece la estrategia de actuación en el campo del aprovisionamiento y la logística en el ámbito de actuación de la ordenación del proceso de compra.



## Recomendaciones para la prevención y tratamiento de la alergia al látex

Pretende aunar en un solo documento toda la variabilidad de protocolos que de prevención de reacciones adversas al látex se han observado en los hospitales de nuestra Comunidad Autónoma.



## Cuaderno para la continuidad de cuidados

Pretende ser un instrumento para garantizar la seguridad del paciente, conocer las necesidades de la persona que lo cuida y facilitar la coordinación del trabajo de los profesionales.



## Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria. Andalucía 2004

Recoge datos estadísticos, por GRD y por hospital, de las altas hospitalarias producidas durante el año 2004 por pacientes ingresados en los hospitales del SSPA.



## Organización de la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud para pacientes con osteocondrodisplasias

El SAS consciente de las peculiaridades, necesidades e importancia que conlleva la asistencia a pacientes de acondroplasia, ha considerado necesario adecuar esta actividad con una propuesta de mejora en su organización. Distribución limitada.



## Asistencia sanitaria a los pacientes con obesidad mórbida. Cirugía Bariátrica

Fruto del trabajo desarrollado entre representantes de Sociedades Científicas y profesionales del SAS recoge el modelo de asistencia a pacientes con obesidad mórbida en las "Unidades de Cirugía Bariátrica". Distribución limitada.



## Indicaciones consensuadas con las Sociedades Científicas para los procedimientos diagnósticos más frecuentes...

Presenta las indicaciones más adecuadas, basadas en la evidencia y con un grado de priorización para cada una de las pruebas diagnósticas de uso más frecuente sujetas a garantía, publicadas en el Decreto 96/2004.



## Recomendaciones para el Manejo de la Inmunoterapia

Protocolo elaborado por profesionales del SAS y representantes de diversas Sociedades Científicas.

### \ BREVES

## Gripe aviar

Un comité técnico creado al efecto en Andalucía e integrado por profesionales del sistema sanitario público de Andalucía y de otras instituciones relacionadas con otros ámbitos de interés, está diseñando el plan de actuación ante una posible epidemia de gripe aviar. Estos trabajos forman parte de la estrategia que frente a ello se plantea a nivel nacional por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco a su vez de las directrices establecidas por la OMS en abril de 2005. Estrategia nacional elaborada con el propósito de que sirva de guía para la elaboración de los planes respuesta en todos los niveles operativos que se desarrollen desde las Comunidades Autónomas.

Los objetivos generales de esta estrategia son reducir el impacto en la salud de la población en caso de epidemia, mantener el funcionamiento de los servicios esenciales, tomar medidas que reduzcan la difusión del virus y garantizar que la respuesta y las medidas adoptadas se corresponden a las recomendaciones sanitarias internacionales en cada fase.

# Actualización 2005 de la Guía Farmacoterapéutica de Hospitales

EN JUNIO de 2005 acaba de ver la luz una nueva actualización de la Guía Farmacoterapéutica. La Guía, fruto de un convenio de colaboración entre el Servicio Andaluz de Salud y la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria, constituye un referente para todos los hospitales públicos de Andalucía y uno de los instrumentos básicos para la potenciación del uso racional de los medicamentos. Su objetivo es conseguir una terapia farmacológica más racional, a través de la selección de los principios activos más adecuados en función de su eficacia, seguridad, coste y necesidad. En su proceso de elaboración, se revisa exhaustivamente la evidencia disponible para cada fármaco en las indicaciones más comunes y se introduce el concepto de equivalencia terapéutica (medicamentos distintos que tienen la misma indicación aprobada y que no han demostrado tener ventajas unos sobre otros). También incluye cuadros, tablas y esquemas terapéuticos que permiten la comparación de fármacos o grupos de fármacos entre sí, como ayuda a la toma de decisiones. Se evalúan, en función de la evidencia disponible en cada momento, las novedades terapéuticas con repercusión en el

ámbito hospitalario y los medicamentos ya incluidos, emitiendo recomendaciones de inclusión, mantenimiento o eliminación. Permite, además, que los hospitales puedan adaptar fácilmente sus respectivas guías.

## Elaboración de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica

Tiene su base en el trabajo en equipo de todo un colectivo de profesionales clínicos a través de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de cada uno de los hospitales andaluces del SAS. Las citadas Comisiones seleccionan aquellos medicamentos considerados como más idóneos para la utilización en el hospital, ya que no todos los medicamentos disponibles en el mercado tienen la misma utilidad ni la misma evidencia científica para tratar una enfermedad determinada. Esta Guía constituye un referente único en el Sistema Nacional de Salud. Para facilitar la consulta por todos los profesionales, además de estar disponible en todos los hospitales en formato escrito y CD, se encuentra en versión electrónica en la página web del SAS y en la Intranet corporativa.

Foto: Guillermo Mendo



BREVES

## Vacuna contra la varicela

En Andalucía se introduce la vacunación sistemática frente a la varicela a partir de este curso escolar 2005-2006. Ésta se realizará en los colegios a los niños y niñas que cursen 6º curso de Educación Primaria, que tienen 11 ó 12 años de edad y que no hayan padecido la enfermedad ni estén vacunados. A tal efecto se consideran susceptibles de vacunación los alumnos que no refieran haberla padecido o estar vacunados, según su historial médico o si lo refieren sus padres o tutores.

La vacunación es una única dosis. Además, como se venía haciendo hasta ahora, se mantiene la vacunación a personas susceptibles con alto riesgo de padecer la enfermedad.

El Consejo Interterritorial de Salud en su reunión del pasado 2 de marzo, acordó recomendar la vacunación de varicela en una cohorte elegida por cada Comunidad Autónoma entre las edades de 10 y 14 años (ambas inclusive), en aquellas personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad.

## El principio activo, práctica habitual

LA PRESCRIPCIÓN por principio activo se ha convertido en una práctica habitual en Andalucía, alcanzando el 59% del total de las recetas prescritas en la actualidad. En este tipo de prescripción, el médico indica en la receta los datos del medicamento sin especificar ninguna marca comercial y es la forma de prescribir recomendada por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales de Salud. Desde 2001, las recetas por principio activo han mantenido un incremento constante. En la tabla se muestran los porcentajes de esta prescripción según provincias.

La prescripción por principio activo favorece la mejor utilización de los medicamentos, ya que el médico y el paciente pueden identificar fácilmente el fármaco, puesto que se trata de un solo nombre frente a la gran variedad de marcas que existen en el mercado. Además, esta forma de prescribir facilita a los profesionales sanitarios las búsquedas bibliográficas y el intercambio de información científica. Es una de las medidas de uso racional del medicamento impulsadas por el SAS para conseguir una mejor utilización de los fármacos, algo que está siendo posible gracias al esfuerzo desarrollado

por los facultativos de los centros sanitarios, con la colaboración de los farmacéuticos.

## Prescripción por principio activo

Julio 2005 (% de recetas sobre total)

Almería	60,94%
Cádiz	61,18%
Córdoba	56,72%
Granada	64,43%
Huelva	61,33%
Jaén	54,88%
Málaga	59,49%
Sevilla	59,73%
<b>Total</b>	<b>59,84%</b>

## Asistencia y multiculturalidad

El número de personas que pertenecen a grupos culturales o étnicos, considerados tradicionalmente como minorías, está creciendo con rapidez. Vivimos en una sociedad cada vez más diversa que requiere que mejoremos la comprensión de las diferencias que nos pueden separar de nuestros pacientes, sus familias y sus comunidades. Dependiendo de los antecedentes y circunstancias del paciente y del profesional sanitario que le atiende, pueden existir más o menos barreras culturales. La más obvia es la etnia, pero la lengua, la educación, la edad y el sexo, los sistemas de valores o la estructura familiar, pueden crear también barreras ya que la cultura tiene muchas facetas. Hay otros aspectos como las creencias de los pacientes sobre la salud, la medicación o el rol que los individuos desempeñan en relación con su propia salud, que pueden no resultar evidentes a primera vista. Algunos conflictos se pueden generar por desconfianza, por las diferentes interpretaciones de la enfermedad o por modelos conceptuales incompatibles, por las distintas concepciones de la estructura e identidad familiar, por los estilos de comunicación empleados, por el papel del profesional o por malos entendidos debidos a la terminología utilizada o al propio lenguaje corporal. Entender la diversidad cultural, los distintos valores, tradiciones e historia puede llegar a resultar necesario para reducir las desigualdades y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria. La cultura determina las experiencias de los individuos, sus percepciones, sus decisiones y su relación con los demás. Afecta a cómo los pacientes responden a los servicios sanitarios y condiciona la manera en que los profesionales proporcionamos estos servicios. En una sociedad culturalmente diversa, los profesionales del sector sanitario debemos ser aún más conscientes y sensibles hacia dicha diversidad, fenómeno por otro lado creciente.

## Los eméritos en el SAS

**A FINALES** del pasado mes de junio se aprobó el decreto que regula el nombramiento de personal emérito entre los sanitarios licenciados jubilados del SAS, norma que permitirá a estos profesionales seguir vinculados al SAS en tareas relacionadas con la consultoría y la docencia.

De acuerdo con ello, la condición de emérito podrá ser solicitada por cualquier licenciado jubilado del SAS que haya trabajado al menos durante diez años en el sistema sanitario público andaluz y haya destacado por su trayectoria asistencial, investigadora o docente. El nombramiento tendrá vigencia de un año, prorrogable por periodos de la misma duración hasta un máximo de cinco.

El profesional emérito percibirá 18.000 euros anuales en doce mensualidades, en concepto de gratificación. No obstante,

una vez se haya extinguido el nombramiento, su condición se mantendrá de forma vitalicia con carácter honorífico y sin percepción económica.

La valoración de los méritos y experiencia de los aspirantes corresponderá a una Comisión de Eméritos, integrada por una presidencia y siete vocalías en cuya designación intervienen el propio SAS y las organizaciones sindicales presentes en la mesa sectorial de sanidad, las organizaciones colegiales y las sociedades científicas.

La regulación del personal emérito del SAS desarrolla la figura prevista en la ley del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud que establece que los servicios de salud podrán nombrar excepcionalmente a profesionales con esta condición entre los licenciados jubilados sanitarios cuando su currículum así lo aconseje.

## 943 plazas de formación sanitaria especializada

**PROFESIONALES** de Medicina, Farmacia, Biología, Química, Física y Psicología optarán para formarse en el próximo curso 2005-2006 a las 943 plazas de formación sanitaria especializada por el sistema de residencia que se oferta en los hospitales del SAS. Tanto el número de plazas como la distribución de las mismas en los hospitales y centros de salud acreditados ha sido aprobada en el pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud celebrado en el mes de septiembre, integrado por el ministerio de Sanidad y Consumo y las comunidades autónomas.

Los exámenes para acceder a la formación se celebrarán el próximo mes de enero. Las plazas ofertadas en Andalucía, 18 más que en el curso 2004-2005, se distribuyen en un total de 46 especialidades sanitarias. Asimismo, la Comisión ha aprobado un total de 44 plazas para la formación de especialidades de enfermería.

El diseño de la oferta se basa en la propuesta realizada por los hospitales del sistema sanitario público andaluz y sigue los criterios del estudio de necesidades de formación especializada de la comunidad andaluza.



# Una única bolsa de empleo a través de internet

**ESTÁ PREVISTO** que próximamente entre en funcionamiento una reestructuración muy importante en la bolsa de empleo para el personal estatutario temporal del SAS consistente en la creación de la nueva bolsa única, a la que se podrá acceder a través de Internet. Ello supone la descentralización de la gestión del sistema de selección canalizando el proceso hacia los distritos de atención primaria, hospitales, y centros de transfusión, lo que se traducirá en una simultaneidad del proceso en todos los centros del SAS, y permitirá además a los usuarios inscribirse en la bolsa, modificar sus datos, y conocer el estado de la misma desde cualquier lugar vía internet. Descentralización, igualdad, agilidad y comodidad son las principales características de un sistema basado en las nuevas tecnologías de la comunicación al servicio de todos los

profesionales que deseen formar parte del SAS, profesionales que deberán inscribirse a través de internet. La puesta en marcha de este nuevo sistema es la culminación del pacto sobre sistema de selección de personal estatutario temporal para puestos básicos en el SAS que se aprobó en mesa sectorial de sanidad el pasado 20 de mayo, y fue ratificado por las centrales sindicales CCOO, UGT CSI-CSIF y CEMSATSE.

El nuevo sistema permitirá a los usuarios realizar la inscripción en la bolsa de una manera segura, ya que el programa garantiza en todo momento la privacidad y confidencialidad de los datos aportados. Otra de las características que aporta al usuario es la posibilidad de conocer en todo momento la evolución del proceso, consultar las listas de candidatos o comprobar el puesto y la puntuación

obtenida, desde cualquier punto en el que se encuentren con la única condición de que cuenten con acceso a Internet. Además, los aspirantes podrán realizar todo el proceso, desde la inscripción en la bolsa hasta la elección de centros, pasando por cualquier modificación que el usuario considere necesaria. El acceso a la bolsa será desde la página web del SAS ([www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)) donde, además, los usuarios encontrarán toda la información necesaria para inscribirse. Tras la publicación en BOJA del nuevo sistema de selección, próximamente, prevista con sus correspondientes bases y abierto el plazo de inscripción, los interesados deberán acceder a la bolsa e informarse sobre los documentos que va a necesitar (expediente académico, expediente laboral, etc.), y obtener sus claves personales para inscribirse.

## Situación actual de la OPE extraordinaria

**EL PROCESO** extraordinario de consolidación de empleo en el SAS entra en el último trimestre del año habiendo finalizado la fase de provisión para un número importante de categorías convocadas.

Concretamente, un total de 42 especialidades de facultativos especialistas de área, 8 categorías de personal sanitario no facultativo y 20 categorías de personal no sanitario han finalizado el proceso. Dentro del personal facultativo, ha concluido el proceso para todas las especialidades convocadas, a excepción de Psiquiatría, que se encuentra pendiente de auto judicial, y Médico de admisión y documentación clínica, Médico de familia EBAP, Médico de familia en SCCU, Médico de familia en DCCU, y Odonto-estomatólogos, que se encuentran en fase de provisión. No ha iniciado la fase de provisión Pediatra EBAP, aunque está previsto que lo haga de forma inmediata.

Esto supone un total de 1.653 plazas adjudicadas. En cuanto al personal no sanitario de grupo A, Psicólogos, Técnicos de función

administrativa, y Técnicos de salud, han finalizado la fase de selección y se encuentran en distintos momentos de la fase de provisión.

Dentro del personal sanitario no facultativo, han tomado posesión de las plazas adjudicadas los Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionales, y Técnicos especialistas en anatomía patológica, dietética y nutrición, laboratorio, medicina nuclear, radiodiagnóstico, y radioterapia. Están por tanto pendientes de finalizar la fase de provisión las categorías de Matronas, ATS/DUE, ATS/DUE DCCU, y Auxiliar de enfermería. Son, pues, en total 996 plazas las que se han adjudicado.

Finalmente, y dentro del personal no sanitario de los grupos B, C, D, y E, han tomado posesión de sus plazas las categorías de Gestión, Ingeniero técnico industrial, Trabajador social, Maestros industriales, Albañil, Calefactor, Carpintero, Cocineros, Costurera, Electricista, Fontanero, Fotógrafo, Jardinero, Limpiadoras, Mecánico, Monitor, Peluquero, Peones, Pintor, y Telefonista, y se encuentran pendientes de finalizar la

Foto: Guillermo Mendo



fase de provisión las categorías de Auxiliar administrativo, Celadores, Pinches, Administrativos, Celadores conductores, y Personal de lavandería y planchado, si bien Administrativos, Celadores conductores, y Personal de lavandería y planchado están más avanzadas en el proceso. El número total de plazas adjudicadas de personal no sanitario es 1.259.

### Plazas adjudicadas OPE extraordinaria (septiembre 2005)

	Ocupadas por traslado	Ocupadas por selección	Total
Personal facultativo	40	1.613	1.653
Personal sanitario no facultativo	306	690	996
Personal no sanitario	125	1.134	1.259
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>3.437</b>	<b>3.908</b>

#### Rectificación

En el número 27 de SAS información, en la sección "¿Sabía usted?" referido a las profesiones en el SAS cuya actividad guarda una especial relación con la física, hay que añadir, a las profesiones allí reseñadas, la plantilla de 10 radiofarmacéuticos y dos residentes de dicha especialidad que trabajan en diferentes unidades del SAS.

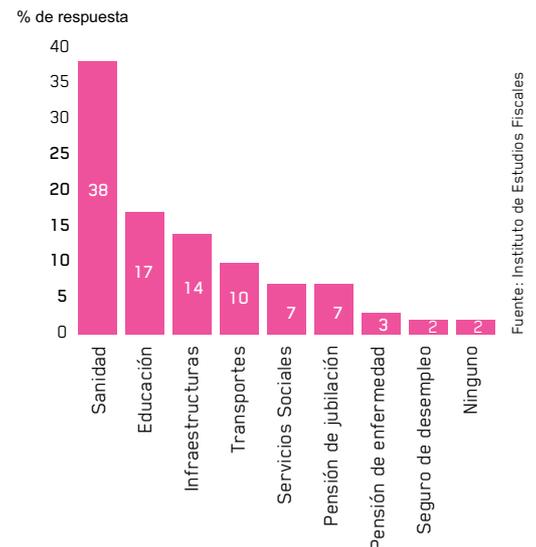
## ¿SABÍA USTED? **Cómo nos ven a la Sanidad los contribuyentes**

**LOS CONTRIBUYENTES** españoles consideran que la sanidad es el servicio público que más justifica el pago de impuestos, el que más ha mejorado en los últimos cinco años, el servicio público mejor gestionado y del que peor utilización hacen los usuarios del mismo. Así lo recoge el estudio "Opiniones y actitudes de los españoles en 2004" publicado el pasado mes de agosto por el Instituto de Estudios Fiscales (IEF) dependiente del Ministerio de Economía. Esta encuesta analiza el comportamiento de los contribuyentes, su implicación contra el fraude y la relación entre los impuestos y los servicios públicos. Ante la pregunta "¿cuál es el servicio o prestación que más justifica el pago de impuestos?" los resultados señalan que para el 49% de la población es la sanidad seguido a gran distancia de la educación (un 16%) y las infraestructuras (un 11%). También, es la sanidad el servicio más adecuado a los impuestos que se pagan (para el 38% de la población).

Además, para el 36% de la población, la sanidad es el servicio que más ha mejorado en los últimos cinco años, seguido de las infraestructuras (para el 27% de los ciudadanos). A la pregunta de "¿cuál es el servicio o prestación mejor gestionado?", los ciudadanos señalan en primer lugar a la sanidad (para un 24%) como el servicio público mejor gestionado. También destaca la ciudadanía por su capacidad de autocrítica, señalando de nuevo a la sanidad (por el 28%) como aquél servicio del que peor utilización hacen sus usuarios, seguido a bastante distancia por los transportes, los servicios sociales y el seguro de desempleo. Otros aspectos destacables del estudio del IEF son que es también la sanidad el servicio que más margen de mejora tiene (para el 33%), el servicio más accesible (para el 47%) y uno de los que más

contribuyen a la distribución de la riqueza (para el 16%). No es, por último, un servicio que quieran ver financiado o gestionado por la iniciativa privada.

### ¿Cuál es el servicio más adecuado a los impuestos que se pagan?



CONTRAPORTADA

# Sangre y transfusión



Foto: Guillermo Mendo

La transfusión moderna es una variedad compleja de tratamiento médico que ha hecho posibles los actuales avances en el terreno de la cirugía y el trasplante de órganos, y que constituye el soporte imprescindible en los protocolos de quimioterapia para el tratamiento de tumores y enfermedades malignas de la sangre. Sin la transfusión de glóbulos rojos, miles de intervenciones quirúrgicas no serían realizables cada año (en Andalucía se transfundieron 191.168 unidades de este componente en 2004). Ya la transfusión de plaquetas empieza a jugar un papel esencial, aliado además de primer orden en la terapia del cáncer, sobre todo en

sus formas más agresivas (98.987 unidades de plaquetas fueron transfundidas en 2004). Otros derivados de la sangre, menos conocidos, son necesarios para el tratamiento de los enfermos con trastornos de la coagulación, como los hemofílicos, o los enfermos con problemas inmunitarios, entre otras patologías. Estos derivados se consiguen transformando la parte líquida de la sangre, el plasma, en albúmina, diversas inmunoglobulinas y factores coagulantes. Estos logros, en condiciones de seguridad, son posibles gracias a los donantes voluntarios y altruistas y a la gestión de la red de centros de transfusión sanguínea de Andalucía.