

● Avances en el Plan Estratégico del SAS

● Entrevista con el Coordinador Autonómico de Trasplantes

páginas 2 y 3

● Preguntas básicas sobre las Unidades de Gestión en el Servicio Andaluz de Salud

páginas 4 y 5

● Medición de la producción hospitalaria a través de GDR

● Balance de un año de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas

página 6

● I+D, boletín de investigación

● Actividad de los Comités Éticos en el SAS

página 7

● Licencias y permisos del personal estatutario

página 8

n.3 septiembre-octubre 1999

el

PUBLICACIÓN
PERIÓDICA PARA LOS
PROFESIONALES
DEL SERVICIO
ANDALUZ DE SALUD

SAS

Información

Un Plan Estratégico para el SAS

El Servicio Andaluz de Salud ha cumplido trece años desde su creación en 1986. En este tiempo podrían identificarse dos fases de evolución: una primera de identificación, constitución y crecimiento y una segunda de consolidación y desarrollo.

Entre 1986 y 1991 se produce un proceso de integración y crecimiento: se incorporan a la red centros sanitarios de las corporaciones locales, universidad y AISNA. Se integran más de un millón de personas por extensión y universalización de la asistencia, se completan los servicios de atención sanitaria incorporando las funciones preventivas y de promoción de la salud.



Desde 1992 el Servicio Andaluz de Salud, manteniendo los mismos objetivos, desarrolla sistemas de información y gestión a fin de dotarse de una mayor flexibilidad en los procedimientos y poder modernizar la prestación de los servicios. Como consecuencia del intenso trabajo desarrollado en estos periodos, el SAS es ahora una organización con una muy importante red de centros, que es gestionada con procedimientos complejos e innovadores y que

comparte la provisión pública de servicios sanitarios con las empresas Públicas de Emergencias Sanitarias, Hospital Costa del Sol y Hospital de Poniente.

	1986	1996
Facultativos	8.396	13.954
Enfermeras y matronas	12.866	19.896
Personal no sanitario	11.158	20.882
Equipos de Atención Primaria	50	252
Camas instaladas en hospitales	11.327	17.676

En 1997 comienza la elaboración del Plan Estratégico del SAS (PESAS). Hacía ya cuatro años que se había iniciado un proceso continuado de descentralización de responsabilidades a los centros y profesionales a través de contratos-programa anuales entre

la dirección-gerencia del SAS y las direcciones de los Hospitales y Distritos. Estos contratos habían introducido en la organización la metodología de dirección por objetivos, vinculación de costes a actividad y modelo de incentivos. Con el Plan Estratégico del SAS se iniciaba un trabajo dirigido a mejorar aquellos aspectos cruciales y aún no bien resueltos en nuestra organización: el papel del ciudadano, la autonomía del profesional y la adecuación de los instrumentos de dirección para facilitar el encuentro entre ambos con un coste sostenible

para nuestra sociedad.

Para su elaboración se eligió una metodología participativa, con la formación de ocho grupos en los que han trabajado más de 400 profesionales de todas las categorías. Estos grupos de trabajo continúan trabajando en el desarrollo y evaluación de las medidas concretas que se van implantando. Las líneas de trabajo propuestas en este Plan Estratégico quedan recogidas, de modo claro y conciso en el prólogo del documento base, publicado a principios de año:

Editorial

El comentario más generalizado que nos llega sobre esta revista es que una organización tan grande como la nuestra

necesitaba una publicación informativa para todos sus trabajadores, sobre todo en un momento de cambio como el que vivimos.

No es fácil combinar información que a todos sea útil pues, aunque los objetivos sean comunes, las actividades son muy diversas y eso enriquece nuestra organización, pero también hace que sean muchas las áreas de interés.

Hemos recibido sugerencias en el sentido de dedicar un espacio a informar sobre los avances que El Plan Estratégico introduce en el SAS, a explicar porqué y cómo nacen y se hacen los cambios en los que estamos actualmente inmersos.

En este número queremos presentar, de manera general, los contenidos del Plan Estratégico de modo que todos los trabajadores podamos conocer las bases sobre las que se está construyendo nuestro futuro en esta organización, con el compromiso de dedicar una sección concreta a detallar en los próximos números cada una de las actuaciones que se van emprendiendo.

Avances en el desarrollo del Plan Estratégico del SAS. Desde 1997 hasta 1999

Presentamos un resumen de los avances que se han producido desde 1997 en los tres ejes fundamentales que configuran del Plan Estratégico del SAS: ciudadanos, profesionales y organización/dirección.

Ciudadanos

Septiembre 1997: Libre elección de hospital para intervención quirúrgica a través de un único centro de atención telefónica de tarifa reducida: 901 30 20 20. Actualización y mejora de la infraestructura informática y de comunicaciones de los centros.

Mayo 1998: Libre elección de especialista para consulta. Acuerdos entre atención primaria y especializada con las características de la oferta especializada. Cambios en la organización de las interconsultas.

1997–1999: Criterios de organización y funcionamiento de unidades de atención al usuario bajo la filosofía de ventanilla única: Dispositivos integrados de gestión de la atención al usuario (DIGA). Definición y homogeneización de procedimientos. Reforma de las infraestructuras y las comunicaciones de los centros. Formación de profesionales.

Julio 1999: Puesta en marcha de los DIGA en 123 centros (18 centros de especialidades y 105 centros de salud). En diciembre de este mismo año se pondrán en marcha otros 230 dispositivos.

1997–1998: Definición y diseño de encuestas de satisfacción para los usuarios de los servicios del SAS y de una encuesta de opinión dirigida a la población general.

Diciembre 1998: Firma del Convenio con el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA) para la realización de estas encuestas.

1999: Realización de las encuestas a población general (2.500 ciudadanos de 300 puntos

geográficos) y usuarios (14.000 de atención primaria y 12.000 de hospitales). Validación y resultados preliminares.

Profesionales

1997–1998: Definición de los criterios para la configuración de Unidades clínicas y de cuidados. Niveles y estrategias de descentralización de la gestión en estas unidades. Metodología para su valoración. Elaboración de los Acuerdos de gestión. Criterios de acreditación de centros diagnósticos.

1999: Incorporación de los tipos de Acuerdo de gestión al contrato-programa.

1998–1999: Hasta el mes de setiembre de 1999 han sido autorizadas 19 Unidades clínicas, 9 Unidades de cuidados y 3 Unidades diagnósticas en Hospitales y 15 Unidades clínicas en Atención Primaria. Asimismo se encuentran en fase de análisis 90 Acuerdos de gestión en Atención Primaria y 58 en Atención Especializada.

1998: Realización de talleres para la definición de distintos aspectos de la implantación de la gestión clínica en nuestros centros.

1998–1999: Priorización en contrato-programa de la formación en gestión clínica y de cuidados. Realización de cursos descentralizados de la Escuela Andaluza de Salud Pública con las unidades que se han ido configurando y lo han solicitado.

1997–1999: Desarrollo de la Oferta Pública de Empleo de 1997: más de 100 resoluciones. Publicación de la Oferta Pública de Empleo 1998.

1999: Acuerdo sindical para la aplicación consensuada del Plan Estratégico del SAS.



Organización / Dirección

1997: Definición de la Cartera de Servicios de A. Especializada y de la Cartera de Servicios de los Centros Diagnósticos. Se incorporan en el Contrato Programa de 1998.

1998: Definición de la Cartera de Servicios de A. Primaria. Se incorpora en el Contrato-Programa de 1999.

1998–1999: Definición de un nuevo modelo de financiación de hospitales.

1997–99: Adecuación de los sistemas de información a las necesidades de las unidades de gestión. Auditorías externas para comprobar su homogeneidad y comparabilidad.

1998: Estudio prospectivo para validar un sistema de medición del producto en A. Primaria.

1999: Definición del Catálogo General de Artículos y puesta en marcha de la Central Logística de Compras como apoyo a las Unidades de Hospitales y Distritos para la unificación de procedimientos.

1997–1999: Plan de reconversión de atención primaria en las zonas urbanas, con la previsión de alcanzar una cobertura del 84% a final de 1999 y 100% a final del 2000.

viene de portada

- La implantación y extensión en el SAS de los nuevos enfoques de Gestión Clínica que favorezcan la síntesis adecuada de capacidad profesional para organizar sus propias unidades funcionales con la responsabilidad sobre el uso de los recursos que se les asignan en un entorno de calidad debidamente acreditado.

- La colocación del ciudadano como punto central, objeto y sujeto de la propia organización. La extensión de un amplio panel de derechos, el incremento de su participación a todos los niveles y la máxima libertad de elección en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Y el impulso de servicios nuevos y mejores: equipos de enfermería comunitaria, cuidados paliativos, teléfono de atención ciudadana durante 24 horas, garantía de tiempos de espera efectivos, nuevas formas de enfocar la atención a ancianos y discapacitados, una integración más eficaz de la salud pública y modernas tecnologías de información y comunicación.

Estas líneas de trabajo se concretan en la actualidad en la puesta en funcionamiento de la libre elección, los dispositivos integrados de atención al usuario, las unidades clínicas y de cuidados o los

sistemas de información adaptados a las nuevas necesidades.

Este Plan es importante para el futuro inmediato del SAS. Los planes estratégicos de muchas empresas sirven para justificar un "reajuste" de plantillas de acuerdo a sus expectativas de producción. En el caso del PESAS no es así, lo que precisamente procura es el reconocimiento de los profesionales como protagonistas de la calidad del sistema sanitario, del punto de encuentro entre los profesionales y los usuarios como lugar clave para conseguirla y de ambos factores como la mejor forma de consolidar el sistema sanitario público.

Entrevista con el Coordinador Autonómico de Trasplantes, Rafael Burgos Rodríguez.

“Ningún andaluz tiene que salir fuera de nuestra comunidad para recibir un trasplante”

Rafael Burgos deja bien claro en esta entrevista que para recibir un trasplante, sea del tipo que sea, no hay que salir de las fronteras andaluzas. Los andaluces disponen de 5 hospitales que realizan trasplantes de órganos (riñón, hígado, corazón, páncreas y pulmón) y 15 que llevan a cabo implantes de los diferentes tejidos (córneas, piel, huesos, etc.). Por otro lado, todos los centros hospitalarios están preparados y acreditados para extraer los órganos y tejidos de los donantes.

P. Cada cierto tiempo nos llegan noticias de cuestaciones para sufragar los gastos de un trasplante de médula ósea en hospitales extranjeros, ¿es que hay que salir de Andalucía para recibir algún tipo de trasplante?

No, rotundamente no, ningún andaluz tiene que salir de nuestra comunidad para recibir un trasplante, ni de médula ósea ni de ningún otro tipo. La trayectoria que lleva el programa de trasplantes en nuestra comunidad, la experiencia acumulada por los equipos trasplantadores y el número de trasplantes que realizan anualmente los hospitales andaluces no dejan lugar a duda sobre esta cuestión. Si nuestros resultados eran iguales a los de los mejores centros de los países desarrollados ahora se puede decir que no son iguales sino mejores, nos hemos convertido en punto de referencia para otros países. En Andalucía se llevan a cabo todos los tipos de trasplantes posibles, es decir, todos los que están consolidados como alternativa terapéutica eficaz y han superado la fase de investigación y, a diferencia de otros países, de forma totalmente gratuita.

P. ¿Han seguido los casos de todos aquellos pacientes que acudieron a centros privados extranjeros, principalmente de Estados Unidos, para trasplantarse de médula?

Sí, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha seguido nueve casos detectados desde 1994 y, de ellos, sólo uno culminó con éxito. Se trata de un niño al que su familia prefirió trasladar a Estados Unidos aún sabiendo que podía ser intervenido con las mismas garantías en nuestro país y sin coste alguno. La posibilidad de encontrar un donante compatible de médula en España es exactamente igual que en cualquier país, puesto que existe acceso al registro internacional de donantes de médula ósea integrado por todos los registros existentes en otros países.

P. Entonces, por qué esos traslados a centros de Estados Unidos.

El sistema sanitario americano, que es fundamentalmente privado, emplea unos criterios diferentes a la hora de indicar un trasplante, el estímulo económico les lleva a emplear técnicas que aún están en fase experimental o a crear unas expectativas en los pacientes que una vez allí no ven cumplidas.

P. Recientemente un hospital madrileño condicionó la indicación de un trasplante a la mejora sociolaboral de su receptor. ¿Puede estar

sujeto un trasplante a condicionantes de índole social, laboral o económicas?

Las únicas razones que pueden condicionar la indicación de un trasplante a un paciente son criterios médicos, ante la necesidad de recibir un trasplante todos somos iguales, no existe ningún condicionante ni económico, ni social ni laboral ni de ningún otro tipo.

P. En 1991 se creó la Coordinación Autonómica de Trasplantes, ¿cómo ha evolucionado el programa en estos ocho años? A comienzos de esta década, las cifras eran de 13



donantes por millón de población y la negativa familiar a donar órganos estaba cercana al 60 por ciento. En la actualidad contamos con 32 coordinadores de trasplantes, la tasa de donaciones será este año de 32 a 33 donantes por millón de población, el doble de la media europea, y la negativa familiar ha descendido al 25 por ciento.

P. ¿Cuántos profesionales intervienen en el proceso de la donación y el trasplante? Los hospitales cuentan con 32 coordinadores intrahospitalarios, que se encargan de coordinar el proceso de la donación y el trasplante, estando también entre sus funciones una labor fundamental, solicitar los órganos del familiar fallecido. Cuando se produce una donación multiorgánica se pone en marcha un dispositivo integrado por 100 profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios.

P. ¿Existe una cultura favorable a la donación en el resto de los profesionales que trabajan en los hospitales?

En aquellos hospitales que llevan años trasplantando órganos esa cultura existe evidentemente, en los centros que no están acreditados para realizar trasplantes pero sí para

extraer los órganos hay un dato muy positivo que indica que esa cultura es ya una realidad, y es que cada año el número de donantes que se obtienen en los hospitales no trasplantadores aumenta. En la actualidad cerca de 40 por ciento de los donantes que se consiguen tienen su origen en hospitales que no realizan trasplantes.

P. ¿Está analizado el coste de los diferentes trasplantes de órganos?

Se está desarrollando un estudio a nivel nacional en el que participan los 5 hospitales trasplantadores de Andalucía para conocer los costes reales. Es la primera vez que se lleva a cabo y para ello se está empleando una nueva metodología denominada “Costes basados en la actividad”. No hay ninguna referencia en la literatura mundial de que esto se haya hecho antes, a finales de este año dispondremos de los resultados.

Utilizando técnicas menos rigurosas, las cifras que se vienen barajando van desde los 2,5 millones de pesetas del trasplante renal a los 8–10 millones que supondría todo el proceso de un trasplante de hígado. Este es el trasplante más caro ya que por su complejidad consume más recursos. El programa de trasplantes también supone ahorros, en la actualidad hay dos mil riñones trasplantados en Andalucía, ello supone que dos mil personas no están en diálisis. El coste aproximado de la diálisis es de 5 millones al año, si multiplicamos esos millones por el número de enfermos trasplantados de riñón y por la media de años que esos riñones funcionan sin necesidad de diálisis nos sale una cantidad que posiblemente equivale al coste global anual del resto de trasplantes.

P. El modelo de la ONT está siendo importado por otros países, ¿qué aportaciones se están realizando desde la coordinación andaluza?

Hay una participación muy directa desde esta coordinación aportando programas formativos a otros países. Hemos colaborado activamente con países como Chile, Brasil, Cuba y Bolivia. Disponemos de un programa de formación continuada específico de nuestra comunidad al que todos miran, me refiero tanto en el ámbito nacional como internacional. Este programa abarca actividades formativas con los coordinadores de trasplantes, cursos de gestión hospitalaria y de medios de comunicación, ya que en este tema es primordial la labor divulgativa y de concienciación de la sociedad.

Preguntas básicas sobre las Unidades de Gestión en el Servicio Andalúz de Salud

Uno de los proyectos más innovadores que propone el Plan Estratégico del SAS (PESAS) en relación con los profesionales es la configuración de Unidades de Gestión.

Desde 1998 se vienen estableciendo Acuerdos de Gestión con diversas Unidades, en Atención Primaria y en Atención Especializada, Acuerdos que han venido propuestos hasta el momento desde Unidades Clínicas, Unidades de Cuidados de Enfermería y Unidades de Diagnóstico.

A continuación tratamos de responder a algunas de las preguntas que este proyecto ha suscitado.

1 ¿Qué son las Unidades de Gestión?

Son equipos de profesionales que deciden voluntariamente incorporar los instrumentos de gestión a su trabajo, asumiendo paulatinamente mayores niveles de autonomía y, en correspondencia, una mayor responsabilidad sobre los resultados de su quehacer diario. Las características fundamentales pueden resumirse en:

- Integración voluntaria y aceptada por todos los miembros de la unidad.
- Existencia de un responsable.
- Cartera de Servicios bien definida y fácilmente identificable.
- Capacidad de asumir de manera autónoma la organización de la unidad.
- Sistema de información comparable entre unidades similares y orientado al balance de resultados.
- Con posibilidad de evaluación continua de la calidad.
- Posibilidad de asignar recursos a través de un Presupuesto de Gastos.
- Tener definidas las relaciones con otras unidades de manera que sean cuantificables y evaluables.
- Deben establecer mejoras significativas en la relación de los usuarios.

2 ¿Cómo afecta a la organización actual de los centros?

Los Hospitales y Distritos son las Instituciones esenciales para la prestación de la atención sanitaria en el SAS. Lo que el Plan Estratégico propone es introducir una mayor diversidad y flexibilidad en la estructuración interna de estos centros, trasladando a los profesionales mayor capacidad para la toma de decisiones. Desde hace tiempo la organización de la Atención Primaria (en Equipos Básicos de Atención Primaria) y de la Atención Especializada (desarrollando el concepto de Unidad dentro de los Servicios ya existentes) habían puesto en marcha modelos similares de organización, aunque sin el nivel de autonomía y responsabilidad que este nuevo modelo pretende. En la mayoría de los Distritos y Hospitales se venían firmando contratos-programa anuales con Equipos, Servicios y Unidades. Por tanto, esta nueva organización responde a una realidad que ya se venía configurando por iniciativa de los propios profesionales y busca aumentar la responsabilidad y la autonomía de estos equipos de trabajo.

3 ¿En estas Unidades sólo participan médicos y enfermeras?

En estas Unidades pueden participar distintos profesionales relacionados con la Cartera de Servicios que se quiere ofrecer. Hasta el momento se

han abordado en primer lugar la definición y puesta en marcha de las Unidades Clínicas, Unidades de Diagnóstico y Unidades de Gestión de Cuidados, formadas fundamentalmente por médicos y enfermeras, por su relación directa con el producto final de la organización sanitaria. Pero el Plan Estratégico contempla la acreditación de otro tipo de Unidades:

- Unidades que prestan sus servicios a varias unidades clínicas: Anestesia, UCI, Medicina Preventiva, Atención Social, Salud Pública y otras que ya se encuentran funcionando como dispositivos de apoyo en Atención Primaria.
- Unidades de Atención al Usuario.
- Unidades de Gestión y Apoyo Administrativo.
- Unidades de Mantenimiento.

4 ¿Cómo funciona este modelo de organización?

El proceso de configuración de una Unidad de Gestión comienza con la solicitud por parte de un equipo de profesionales a la dirección del Distrito u Hospital. Esta dirección propone, a su vez, la autorización a la Dirección del SAS.

Un elemento importante para esta autorización es la disponibilidad de sistemas de información de calidad que permitan la medición de los resultados de la unidad que se cree. También se tiene en cuenta la estabilidad de los miembros de la unidad de cara a que el proyecto iniciado sea duradero.

Una vez autorizada la constitución, se elabora una propuesta de Acuerdo de Gestión entre la dirección del Centro sanitario y el responsable de la Unidad. En esta propuesta se especifican los objetivos a conseguir y los recursos necesarios para su consecución. En todo caso debe suponer un proyecto concreto de desarrollo de cada unidad.

En general, los objetivos a negociar se establecen en los siguientes apartados:

- Desarrollo clínico: actuaciones para conseguir un mayor nivel de eficacia, efectividad y eficiencia (guías de práctica clínica, protocolos y pactos de consumo).
- Formación e investigación.
- Cartera de clientes.
- Cartera de servicios.
- Oferta de servicios: destacando las características para facilitar la accesibilidad, la satisfacción y la mejor calidad.
- Objetivos de actividad y calidad.
- Gestión económica: contrastando la actividad con los gastos de cada unidad a través de indicadores específicos de coste.
- Sistema de seguimiento, evaluación y control.
- El nivel de autonomía de cada unidad y las consecuencias respecto a los resultados que se obtengan.

5 ¿Qué autonomía real tienen los profesionales para gestionar presupuesto?

Las decisiones clínicas condicionan más del 80% del gasto sanitario. Abaratar los costes de la asistencia no es un objetivo de la gestión clínica ni de las Unidades. Se trata de mejorar la utilización de los

recursos a través de una rigurosa selección de los procedimientos por criterios de eficacia, efectividad y aceptabilidad. El hecho de que las Unidades de gestión se configuren de manera voluntaria por parte de los profesionales determina que la capacidad real de gestionar los recursos se establezca en función de la responsabilidad que estos profesionales estén dispuestos a asumir dentro de las posibilidades que el marco presupuestario y normativo tiene actualmente definidas. En la actualidad se han definido distintos niveles de acreditación que determinan un desarrollo paulatino de los acuerdos de gestión con incremento paralelo de la autonomía y, por tanto, de la capacidad de gestión:

- **Acreditación:** la gestión del presupuesto de personal y gastos corrientes corresponde al Distrito u Hospital y no directamente a la unidad, aunque puedan establecerse objetivos y pactos de consumo.
- **Delegación:** la unidad asume la gestión de estos capítulos presupuestarios.
- **Autonomía:** Esta fase de autonomía y responsabilidad plenas requiere previamente modificaciones en el marco jurídico y administrativo actualmente vigentes (p. ej. selección y contratación de personal).

¿Qué cambio puede suponer para los profesionales?

Desarrollar las Unidades no significa cambios en el tipo de relación contractual con los profesionales. Significa que los profesionales puedan diseñar, de forma progresiva, la organización interna de la Unidad constituyendo equipos cohesionados y motivados. Autonomía y equipos motivados son la base para favorecer los valores que en mayor medida estimulan a los grupos humanos: La satisfacción por el trabajo bien realizado (prestigio profesional), el beneficio social de sus actuaciones, participar activamente en las decisiones que influyen en su trabajo, adquirir una mayor responsabilidad con los resultados obtenidos. Todos y cada uno de los componentes de la unidad deben conocer su responsabilidad con relación a los resultados y, en virtud de éstos, se establecerán la formación, los incentivos y las inversiones. Por otro lado, no es posible entender la gestión como una responsabilidad exclusiva de los profesionales para que sean valorados por los directivos en virtud de sus resultados. Los directivos deben implicarse de forma tangible en conseguir la coherencia y coordinación de todas las Unidades en un único proyecto del Centro, en facilitar el trabajo y el desarrollo profesional (información, formación, recursos, acuerdos coherentes de gestión, etc.) y garantizar el cumplimiento de los derechos de profesionales y ciudadanos.

¿Se contempla la existencia de incentivos?

Un modelo como éste debe contemplar la existencia de incentivos. Todos podemos reconocer que no hay nada más desmotivador que la homogeneidad de trato ante la desigualdad de rendimiento, por ello el proyecto de unidades de gestión establece diferencias entre las unidades en función de sus resultados. En el momento actual ya se han generado incentivos en concepto de formación y desarrollo profesional e inversiones en infraestructuras y equipamiento en las Unidades puestas en marcha en 1998. Pero establecer diferencias entre unidades y entre profesionales de una misma unidad exige la disponibilidad de sistemas de información que sean capaces de medir estas diferencias en los resultados obtenidos no sólo en términos cuantitativos, sino de calidad ofrecida y percibida. Estos sistemas requieren no sólo homogeneidad en su aplicación sino también flexibilidad para adaptarse a las

particularidades y progresos de cada una de las Unidades. En el momento actual ya han comenzado a adaptarse todos los sistemas de información a esta nueva realidad, avanzando desde sistemas de carácter estructural e información cuantitativa hacia sistemas orientados al proceso asistencial y el producto, capaces de evaluar la eficiencia y la calidad. Igualmente han empezado a establecerse sistemas de acreditación que aseguren la comparabilidad de resultados incorporando las particularidades de los distintos Centros y Unidades.

¿Es un paso previo a la privatización?

No. El proyecto de desarrollo de Unidades de Gestión no establece la modificación de la entidad jurídica de los Centros ni de la fuente de financiación de éstos, lo que implica que la financiación seguirá siendo pública. Tampoco el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud establece en ninguna de sus propuestas la gestión privada de los Centros y los Servicios o Unidades.

Excluye explícitamente opciones como crear mercados de competencia regulada, plantear flujos financieros y económicos y cualquier elemento que favorezca mercantilizar el sistema. Este proyecto lo que consigue es, precisamente, consolidar el sistema en su carácter actual público, equitativo y solidario ya que le da garantía de futuro en un marco de calidad asistencial, satisfacción de los protagonistas (profesionales y usuarios) y eficiencia en la gestión, acercando la toma de decisiones a los profesionales.

¿En qué va a repercutir, desde el punto de vista de los usuarios, la implantación de las unidades de gestión?

A lo largo de estos últimos años, los ciudadanos han ido mejorando su calidad de vida y sus expectativas respecto a todos los servicios, y muy especialmente los servicios públicos que consideran suyos. En este sentido, su papel se ha modificado pasando de sujeto pasivo que es atendido por los servicios sanitarios a ciudadano que expresa su derecho a una oferta de servicios de calidad y al reconocimiento de su capacidad para elegir.

El Plan Estratégico propone avanzar mediante tres elementos: mayor protagonismo de nuestros ciudadanos a través de la libre elección, mayor participación de sus representantes en los organismos de planificación y gestión de la organización y mejora las unidades y dispositivos de relación de los usuarios con los centros asistenciales. De manera concreta, el proyecto de Unidades de Gestión propone adecuar la oferta de servicios a las demandas y necesidades de los usuarios, valorando sus preferencias a la hora de elegir entre distintas alternativas de organización y de asistencia. Al mismo incorpora la satisfacción de los pacientes en la evaluación del trabajo de los profesionales.

A modo de conclusión

En definitiva, es éste un proyecto innovador que se va construyendo al tiempo que se desarrollan y evalúan las primeras Unidades con las aportaciones de todos los profesionales implicados. No cabe duda que aún quedan importantes interrogantes por disipar, que irán encontrando respuesta en la medida en que la experiencia de funcionamiento vaya aportando elementos para elegir la mejor de entre las soluciones posibles.

Medición de la producción hospitalaria a través de GRD

Medir la producción de un hospital es una tarea llena de dificultades. Responder a las preguntas de qué hacemos, cómo lo hacemos y a que coste es un reto de gestión que cada vez estamos mas cerca de superar. Sin duda el terreno se ha visto allanado con el empleo en todos los hospitales de la red pública de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. (GRD). Los GRD constituyen un sistema de clasificación de pacientes de forma que, en cada grupo, se clasifican procesos clínicos homogéneos y que tienen un consumo de recursos similar. Esto implica un nivel de acercamiento entre gestión y clínica que hasta ahora no había sido posible. El sistema es aplicable a pacientes agudos hospitalizados y los datos que se tienen en cuenta para definirlo son: diagnósticos principal y secundarios, procedimientos empleados, edad del paciente y estado al alta. El empleo de los GRD permite realizar comparaciones entre el nivel de complejidad y el consumo de estancias de los casos atendidos por los diferentes hospitales o servicios durante diferentes periodos de tiempo y en condiciones de homogeneidad. También están siendo empleados en la asignación de recursos a cada hospital, ya que la financiación de los mismos, depende en parte del tipo de pacientes atendidos. Sin embargo todavía hay elementos que mejorar. La homogeneidad de la información debe ser mayor, en especial en lo referente a la codificación de diagnósticos y procedimientos y por otra parte los sistemas de contabilidad analítica deben avanzar para permitir una definición de coste por GRD mas acorde a nuestro entorno. En ambos sentidos se están dando pasos importantes, baste como ejemplos el proceso de auditorias del Conjunto Mínimo de Datos Básicos o el importante papel que está jugando el SAS en los estudios de definición de costes por GRD para el Sistema Nacional de Salud.

Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas

(H.U.V. ROCIO) Balance de un año de funcionamiento

La constitución de la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas en 1998, al menos la idea de su puesta en funcionamiento, coincidió con la creación del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Desde esta perspectiva, la creación de la Unidad Clínica para los miembros de los distintos estamentos del Servicio fue acogida con satisfacción en unos casos, con actitud expectante en otros, y en todos con el convencimiento de que era razonable sumarse a esta iniciativa acordada entre la Dirección del Hospital y el Jefe del Servicio, lo cual vino facilitado por el tiempo prolongado de trabajo conjunto y satisfactorio entre la mayoría de los miembros del Servicio. La satisfacción y la actitud expectante venían derivadas, fundamentalmente, por tratarse de un nuevo elemento de gestión que se introduce en un centro sanitario, con sus estructuras administrativas no modificadas, y ser el primer Servicio del Hospital en el que se confiaba para su puesta en marcha. La segunda reflexión sería que los miembros de la Unidad de Gestión Clínica, en su gran mayoría, han interiorizado la necesidad de cumplir una serie de objetivos, marcados en el contrato de gestión, y que la actividad está orientada hacia su consecución. A ello contribuyó, sin duda, el seminario que, con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se realizó para la puesta en funcionamiento de la Unidad Clínica. Por supuesto, la toma de conciencia de estos objetivos no puede ser uniforme en todos los miembros de la Unidad, pero al tratarse de un equipo conjuntado anteriormente, se puede calificar de razonablemente adecuada. Como consecuencia de lo anterior, ha aumentado el deseo de que exista un funcionamiento óptimo en el conjunto del Hospital

que permita conseguir los objetivos previstos. Para contribuir al éxito de este nuevo modelo organizativo sería necesario que se crearan nuevas Unidades Clínicas de Gestión. En este sentido ha sido positiva la reciente puesta en funcionamiento de otras Unidades Clínicas y de Cuidados en nuestro mismo Centro Sanitario. Además, es necesario avanzar en la definición del sistema de incentivos que, debiendo estar ligados a la consecución de los objetivos, estimulen al esfuerzo adicional que supone el desarrollo de este sistema organizativo. Creo que puede aseverarse que en 1999, la atención sanitaria, aún dentro de las mismas especialidades, puede requerir de unas habilidades y conocimientos diferenciados en distintas Unidades Asistenciales o en distintos centros sanitarios. Por ello, y en mi opinión, un aspecto en el que sería necesario introducir modificaciones es en el sistema de selección de las personas que trabajan en las Unidades Clínicas, para garantizar un nivel de formación y de compromiso acordes con los objetivos que se quieren alcanzar. Ello debería realizarse, como es natural, sin menoscabar los principios de igualdad, mérito y capacidad mediante el uso de criterios objetivos de selección. Dicho todo esto, el balance general del año 1998 lo considero positivo. Nos sentimos recompensados por la confianza demostrada hacia el Servicio, al convertirlo en la primera Unidad Clínica del Hospital. Los miembros de la Unidad Clínica, en su mayor parte participan del concepto en el que estamos trabajando. Y, por último, los objetivos se han cumplido razonablemente desde mi punto de vista, en los distintos apartados evaluados, como se especifica en la tabla adjunta.

Objetivos	Resultados	Ponderación (*)	Cumplimentación	Puntuación
1. Número de reclamaciones menor del 2%.	Ninguna	12	100%	12
2. Atención de interconsultas.	Aumento de casos en 23%	12	100%	12
3. Definición del médico responsable de cada enfermo en todos los casos.	Informes de alta por el médico responsable	12	95%	11
4. Demoras en la asistencia. • Ingreso programado en el área de hospitalización. • Atención en el Hospital de Día. • Atención en Consultas Externas. • Respuesta a las interconsultas.	Media de 48 horas Media de 2 días Máxima de 20 días Media inferior a 24 horas	20	100%	20
5. Mortalidad en el área de hospitalización inferior al 10%.	7%	10	100%	10
6. Aislamiento efectivo para bacterias multirresistentes en áreas médico-quirúrgicas.	Más del 80%	12	100%	12
7. Mantenimiento del Grupo de Investigación del PAI de manera permanente. • Factor del impacto anual superior a 16.	CTS-0203 25'829	12	100%	12
8. Ajuste en el gasto farmacéutico de hospitalización. • Adecuación del presupuesto de medicación externa (antirretrovirales).	100% En todos los casos	10	100%	10
Total		100		99

(*) Puntuación acordada en el Contrato de Gestión para cada uno de los objetivos.

El Distrito de Atención Primaria de Camas, dentro de su programa de calidad, y preocupado por la Formación Continuada de sus profesionales, inició hace año y medio una línea de trabajo dirigida a facilitar tanto el acceso a una información clínica rigurosa y objetiva, como a potenciar una valoración crítica de las intervenciones. Para ello se están utilizando herramientas que van desde fomentar la investigación de aquellos aspectos de Atención primaria sobre los que aún planean lagunas del conocimiento, a la realización de talleres de formación en Medicina Basada en la Evidencia. Una de estas herramientas ha sido la edición y distribución de un boletín "i+d" entre los profesionales sanitarios del Distrito. En él se publican resúmenes de revisiones sistemáticas y estudios relevantes en el cuidado de nuestros

pacientes. Se abordan aspectos de diagnóstico, tratamiento y prevención fundamentalmente, con el deseo que sean los mismos profesionales los que, tras el entrenamiento en búsqueda y valoración crítica, seleccionen lo mejor de lo publicado en revistas medicas.

Asimismo, este boletín sirve de punto de partida para la realización de foros de discusión clínica en el espacio de la Formación Continuada de nuestras Unidades Clínicas y Zonas Básicas de Salud y como vehículo de comunicación de noticias de interés para la práctica clínica, la docencia y la investigación.

Nuestro primer número está dedicado a revisar las últimas novedades en Riesgo cardiovascular (Hipertensión, Dislipemias y Diabetes mellitus tipo 2). El número 2, previsto para el último trimestre estará dedicado a la Mujer (Papel de la Terapia Hormonal Sustitutiva en la menopausia, Situación actual del cribado y diagnóstico de la Diabetes gestacional...).

Posiblemente dentro de la "avalancha" de información que todos los días llega a nuestros profesionales, esta aportación sea solo un granito de arena. Pero pretendemos que reluzca, por estar elaborado entre todos y ser objetivo y riguroso.

Josefa Ruiz Fernández

Directora Distrito de Atención Primaria de Camas

Actividad de los Comités Éticos de Investigación Clínica durante 1998

Desde la entrada en vigor, el 22 de enero de 1995, del Decreto 468/1994, de 13 de diciembre, se han acreditado hasta la fecha 16 Comités Éticos de investigación clínica (CEIC). Todas las provincias andaluzas tienen acreditados al menos uno, quedando todo el territorio de nuestra Comunidad bajo el ámbito de actuación de algún CEIC. Como medida más efectiva de acercarse a los

problemas éticos, se establecieron estos Comités con un carácter interdisciplinar incluyéndose en los mismos personas ajenas a las profesiones sanitarias, como garantía adicional de velar por los derechos de los sujetos sometidos voluntariamente a ensayos clínicos con medicamentos.

La actividad global de los CEIC en el año 1998, fue la siguiente:

Comité Ético

Ensayos clínicos con medicamentos

	Presentados	Aprobados	No aprobados	Pendientes
Torrecañenas	20	19	1	0
Puerta del Mar	31	24	4	3
Puerto Real	18	13	3	2
Jerez	16	17	0	0
Reina Sofía	47	57	2	0
Motril		No comunicó actividad en el año 1998		
Virgen de las Nieves	37	33	3	1
San Cecilio	45	45	0	0
Juan Ramón Jiménez		Durante 1998 se encontraba adecuando su composición		
Ciudad de Jaén	22	23	1	1
Virgen de la Victoria	46	45	2	0
Carlos Haya	55	50	9	17
Macarena	63	44	5	14
Valme	20	25	1	0
Virgen del Rocío	85	96	1	4
Vigil de Quiñones	4	2	2	0
Total 1998	509	493	34	42
Total 1997	427	384	14	29

Nota: El número de proyectos aprobados, no aprobados o pendientes pueden superar el de ensayos presentados ya que en 1998, han podido ser aprobados o denegados ensayos presentados en el año 1997.

Se observa que esta actividad ha aumentado en el año 1998 con respecto al 97. Concretamente el número de proyectos presentados se ha

incrementado en un 19,2 % y la actividad del comité (ensayos aprobados y denegados) se ha incrementado en un 32,4%.

Se retrasa la incorporación a las Unidades Docentes de Enfermería

Este curso, se retrasará al menos un mes la incorporación de los admitidos en las pruebas selectivas para cursar estudios en las Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológica y de Salud Mental, ya que la asignación de plazas está prevista a partir del 15 de enero del 2000 en la Orden del Ministerio de la Presidencia, de 30 de julio de 1999 (B.O.E. nº 184, de 3 de agosto). El año pasado el plazo empezó el 16 de diciembre. Según dicha Orden la oferta de plazas para esta Comunidad Autónoma es:

Unidad Docente	Institución	Obstétrico-Ginecológica	Salud Mental
Málaga	H. Carlos Haya	6	-
Granada	H. San Cecilio	4	-
	H. Virgen de las Nieves	6	-
Sevilla	H. Virgen del Rocío	6	4
	H. Nuestra Señora de Valme	3	1
	H. Virgen Macarena	3	1

Esta información rectifica la que se daba en el número anterior, siendo 28, y no 30, el total de plazas ofertadas en la especialidad Obstétrico-Ginecológica.

Atención sanitaria a inmigrantes

En Andalucía los inmigrantes de cualquier nacionalidad, con o sin papeles, tienen acceso a asistencia sanitaria. Esto es así gracias al convenio firmado entre la Consejería de Salud y las Organizaciones No Gubernamentales: Médicos del Mundo, Andalucía Acoge, Cruz Roja Andalucía y al que se han adherido también los sindicatos Comisiones Obreras y UGT Andalucía. Este Convenio está coordinado por la Fundación Progreso y Salud y cuenta con el apoyo del Consejo Andaluz de Colegios de Farmacéuticos. Mediante un Documento de Derivación a los Servicios Sanitarios Públicos las ONG's y los sindicatos firmantes tutelarán cada caso, ofrecerán traducción y gestionarán las ayudas económicas cuando sea necesario. El SAS ha dictado instrucciones a todos sus centros para hacer efectivo este Programa, expresión del sentir solidario de esta acogedora comunidad autónoma.

Agradecimiento de los saharauis

La Asociación de Amistad con el pueblo Saharaui ha enviado al SAS una carta de agradecimiento por la atención prestada a los casi 3.000 niños, procedentes de los campamentos de refugiados de Tinduf (Argelia) que este año han sido acogidos por familias andaluzas en el Programa Vacaciones en Paz-99.

La asistencia sanitaria se ha realizado conforme a los protocolos establecidos en el marco del Convenio suscrito por la Asociación con la Consejería de Salud y el SAS y es calificada en la carta como "excelente" en su conjunto. Esta Asociación quiere transmitir el agradecimiento a todos los profesionales que han participado, lo que pretendemos desde estas líneas: Gracias a todos por contribuir a mejorar la salud de esta población tan necesitada.

Considerando de interés homogeneizar la información sobre los aspectos laborales básicos que afectan a los trabajadores estatutarios del SAS, se ha elegido el

tema de los permisos sobre los que se ofrece un repaso general de los tipos y la normativa que los ampara. Esperamos que resulte de vuestro interés.

Licencias y permisos del personal estatutario

Tipo	Duración	Normativa
Retribuidos		
Vacaciones	1 mes	Art. 44 del EJPM Art. 110 del EPSNF Art. 43.1 del EPNSISS
Matrimonio	15 días	Art. 45.3 del EJPM Art. 112.1 del EPSNF Art. 43.2 del EPNSISS
Fallecimiento familiar	Hasta 3 días en caso de fallecimiento de cónyuge, hijos (de uno o ambos cónyuges), padres, padres políticos, hermanos, abuelos, nietos y alumbamiento de la esposa. Si el fallecimiento ocurre fuera de la residencia del interesado el permiso podrá ampliarse hasta 7 días.	Art. 112.2 del EPSNF Art. 112.2 del EPSNF
Asuntos familiares	Hasta 10 días al año por necesidades de orden familiar debidamente justificadas. Hasta 7 días en caso de necesidad justificada. Hasta 3 días en caso de extrema urgencia.	Art. 112.3 del EPSNF Art. 43.4 del EPNSISS Art. 43.5 del EPNSISS
Asuntos particulares	6 días al año sin necesidad de justificación, no acumulables a las vacaciones anuales.	Común al personal de los tres estatutos. Instrucción 3ª de la Resolución 53/1998 del SAS
No retribuidos		
Permiso sin sueldo	Hasta 3 meses cada año Excepcionalmente podrán concederse permisos sin sueldo de mayor duración cuando se soliciten para el disfrute de becas o realización de viajes, cursos, etc. que contribuyan al perfeccionamiento profesional del solicitante. Excepcionalmente podrán concederse permisos sin sueldo de duración superior a tres meses cuando se trate del disfrute de becas, cursos, etc. que contribuyan al perfeccionamiento del solicitante y estén directamente relacionados con su profesión.	Art. 45.1 del EJPM Art. 111.1 del EPSNF Art. 44.3 del EPNSISS Art. 45.2 del EJPM Art. 111.2 del EPSNF
Especiales		
Permiso especial	Para participar en programas de Cooperación Internacional al Desarrollo o Ayuda Humanitaria Urgente. Duración hasta 6 meses	Resolución 51/1999 del SAS Solo para personal propietario

Nomenclatura	Normativa aplicación supletoria
EJPM Estatuto Jurídico del Personal Médico EPSNF Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo EPNSISS Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social	Art. 30 de la Ley 30/1984, de 2 de agosto. Arts. 10 y 11 del Decreto 349/1996, de 16 de julio.

Pasos de la OPE

Situación de los Concursos de Traslado (T) y de Oposición (O) Actualizado a 30-9-1999

Facultativos	T	O	No Sanitarios	T	O
Médico de medicina general de EBAP	LD	LP	Trabajador Social	LD	EX
Pediatra EBAP	LD	EX	Ingeniero Técnico	LD	EX
Odontostomatólogo Distrito	LD	EX	Gobernanta	LD	EX
Facultativo Especialista de Área	LD	CO*	Celador Conductor	LP	TP
Psicólogo		TP	Personal de Oficio	LP	TP
No Facultativos	T	O	Personal Subalterno	LP	TP
DUE/ATS	LD	EX	Personal Telefonista	LP	TP
Fisioterapeuta	LD	EX	Técnico de la Función Administrativa (A)		TP
Auxiliar de Enfermería	LD	EX	Técnico de Gestión de la Función Administrativa (B)		TP
Técnico Especialista	LD	CO	Administrativo de la Función Administrativa (C)		TP
Terapeuta Ocupacional	LD	EX	Auxiliar Administrativo de la Función Administrativa (D)	CC	TP
Matrona		TP			

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

*Suspendido cautelarmente por Auto del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, recurrida por el SAS
Corrección de errores: en el número anterior se publicó por error el Listado Definitivo (LD) del Concurso de Traslado de Matronas, que aún no ha sido convocado
Para más información: www.sas.junta-andalucia.es

A mejorar

Ruidos

De la misma manera que mirar no es igual que ver, oír no es lo mismo que escuchar. Pero, además, ante hechos semejantes no todos vemos y escuchamos lo mismo. Esto sucede porque tanto la mirada como la escucha son selectivas, y depende de distintos factores: intereses personales, experiencias, valores socioculturales etc. Pero sobre todo depende de los ruidos, entendiendo por ruidos todo aquello que dificulta la comunicación. Desde el momento en que los ciudadanos necesitan del sistema sanitario y se ponen en contacto con nosotros, comienza la interrelación de mensajes, fundamentalmente no verbales, y dichos mensajes van cargados de ruidos. Ruido es nombrar a un señor mayor como "abuelo", ruido es entrar en las habitaciones sin llamar, es no levantar la mirada cuando nos hablan, es entrar y salir de una consulta cuando el paciente está con su médico, ruido es retirarle la sábana sin pedirle permiso, es hablar de los asuntos personales delante de ellos mientras se les cuida, es hacer esperar a los usuarios interminables horas innecesariamente. En la escucha activa está la clave: poder escuchar a través de la observación, poder escuchar los ruidos y así eliminarlos. Desarrollar todas nuestras potencialidades de observación y ser conscientes de que somos igualmente observados debe ser uno de los aspectos a mejorar en nuestro quehacer, desde el nivel que nos toque.

La web

La Unidad de Referencia para CIE-9-MC en la web

La Unidad de Referencia de Codificación Clínica (CIE-9-MC) del Servicio Andaluz de Salud, dependiente de la Comisión de Análisis y Seguimiento del CMBDA, se integrará próximamente en la página web del SAS con el objetivo fundamental de ser el soporte dinámico de la formación continuada de los codificadores andaluces (elemento clave en la unificación de criterios en la codificación clínica), y a la vez ser el punto de encuentro de todos los profesionales andaluces relacionados con la codificación clínica. A través de una ventana específica intentaremos conseguir los objetivos planteados dando respuesta de manera ágil a todas las preguntas que se nos planteen referidas a la codificación, presentando casos clínicos relevantes y sirviendo de unión con la Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud.

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

Coordinación: Cristina Torró Equipo de redacción: Piedad Benítez, Basilio Bernad, Pilar Lobato, Mauricio Lozano, Falina Tristán, Manuel Villacorta. Edita: Servicio Andaluz de Salud Avda. de la Constitución 18, 41071 Sevilla. Tel.: 954 506 666. Fax: 954 506 677 e-mail: sasinfo@sc.sas.cica.es