

- Propuesta de presupuestos para el año 2000
- Entrevista con el Presidente del Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía páginas 2 y 3
- Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios del SAS páginas 4 y 5
- Actuaciones del SAS ante el efecto 2000
- Ojo clínico frente a los malos tratos página 6
- Ayudas a la investigación y formación del personal investigador en Ciencias de la Salud página 7
- Actividad de la Mesa Sectorial de Sanidad durante 1999 página 8

Editorial

El final del año es siempre una época de balance. Recordamos aquellas cosas que nos planteábamos como buenos deseos para 1999,

ajustamos la lista de cuestiones pendientes y nos prometemos que en el próximo año todo será mucho mejor. La idea de mejorar la comunicación entre el SAS como organización y los profesionales se ha ido materializando estos últimos años en varias iniciativas. La Web externa ha contado desde su inicio con espacios informativos para todos los profesionales, incluyendo desde resoluciones de convocatorias a información sobre proyectos técnicos. Sin embargo, la intención fundamental de conseguir una comunicación más directa —no hay que olvidar que no todo el mundo accede a internet— cristalizó a principios de año en la idea de una publicación periódica enviada al domicilio de cada una de las personas que trabajan en el SAS. Y es así como se convierte en El SAS información en febrero de 1999. Decidir el título, pensar en cómo organizar contenidos de interés, diseñar el sistema de envío, son ahora inquietudes lejanas a las que el paso del tiempo da una falsa apariencia de simplicidad. Ahora, con cinco números en la calle, es momento de pensar en el futuro y de soñar con las posibilidades que se han abierto con esta publicación. Desde estas páginas sólo queda desear a todos sus lectores los mejores augurios para el próximo año y animarlos a participar y colaborar en esta publicación, que es de todos.

Retos para un nuevo siglo

En estos momentos en que todos nos felicitamos por la entrada en un nuevo año, y algunos también por el nuevo siglo y el nuevo milenio, podemos también felicitarnos por la evolución que nuestro sistema sanitario público ha experimentado durante los últimos años del siglo que abandonamos. Ya se ha mencionado en números anteriores de esta revista la importancia que tiene que nuestro sistema sea universal, equitativo y solidario. Estos son los aspectos fundamentales que dan valor a nuestro Servicio Público de Salud y hay que mantener con todo nuestro empeño. Los retos que nos plantea el nuevo siglo hay que enfocarlos, desde este punto de vista, en mantener lo que funciona bien y entrar a mejorar lo que no funciona de manera adecuada a los requerimientos que la sociedad actual nos hace. ¿En qué aspectos debemos avanzar para seguir el paso que marcan los acontecimientos? Las características de nuestra sociedad, a cuyas demandas de atención sanitaria hemos de responder, se han modificado enormemente, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino en sus expectativas y modos de funcionamiento. En este sentido, los retos más importantes para el SAS nos vienen planteados ya por la Ley de Salud de Andalucía y se concretan para los próximos años en el II Plan Andaluz de Salud. Tienen que ver con la garantía de un amplio panel de

derechos de los ciudadanos, entre los que se encuentra la garantía de tiempos de espera y de la segunda opinión médica, con el desarrollo de contratos-programa cada vez más orientados hacia objetivos de salud, con el desarrollo de políticas de salud que impliquen a todos los sectores de la sociedad y con una nueva orientación de los servicios que garantice la autonomía de los profesionales y la participación de los ciudadanos. En definitiva, ofrecer nuevos enfoques a los nuevos problemas y nuevas soluciones a los nuevos entornos tecnológicos y sociales. En mi opinión, dar respuesta a estos retos pasa por una apuesta por la descentralización de la gestión y organización de los servicios sanitarios, siendo los propios profesionales los responsables de la organización de sus unidades y de los resultados obtenidos, con la mayor autonomía. Sólo en este entorno será posible flexibilizar nuestro sistema para que pueda dar respuesta a la diversa gama de necesidades que la sociedad nos tiene planteadas. Y en este ámbito será donde mejor se pueda desarrollar la atención de calidad que pretendemos. Por otro lado, democratizar más la organización en su relación con los usuarios haciéndoles partícipes en la toma de decisiones. Existen numerosas formas de hacerlo: facilitando los circuitos de reclamaciones y sugerencias, obteniendo su opinión mediante instrumentos fiables y rigurosos, incorporando a los representantes de los consumidores y usuarios en los órganos de decisión, y también ¿por qué no? preguntando de forma puntual sobre temas concretos a los usuarios de determinados servicios.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación proporcionan un



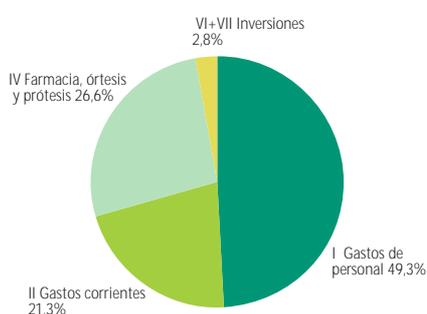
Propuesta de presupuestos para el año 2000

La propuesta de Ley de Presupuestos para el año 2000 contempla para nuestro Organismo un presupuesto total de 771.250 millones de pesetas, lo

que supone un incremento del 5,92% sobre el presupuesto de 1999, superior al índice de inflación estimado para el año 2000 que es del 2%.

Si se examinan las distintas partidas que componen este presupuesto comprobaremos que se trata de un presupuesto continuista con el anterior, no existiendo grandes cambios en su composición. Pero al mismo tiempo estamos ante un presupuesto suficiente. Suficiente porque podrá hacer frente a los incrementos salariales derivados de los acuerdos firmados con los agentes sociales. Suficiente porque contempla un crecimiento holgado de los gastos corrientes en bienes y servicios y permite acometer nuevos proyectos de inversión y equipamiento.

Distribución del presupuesto por capítulos

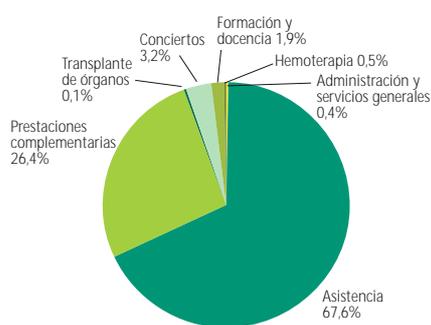


Distribución del presupuesto por capítulos

Capítulos	Cuantía
I Gastos de personal	380.164.212
II Gastos corrientes	163.957.000
IV Farmacia, órtesis y prótesis	205.508.000
VI+VII Inversiones	21.620.782

Distribución del presupuesto por programas

Cuando se analiza el presupuesto desde el punto de vista de los programas que financia se constata como constante la consolidación del carácter público de la provisión directa de servicios sanitarios, con un peso relativo del 97% sobre el total.



Programa

Administración y servicios generales	2.934.738
Asistencia sanitaria	521.519.080
Prestaciones complementarias	203.239.000
Hemoterapia	3.533.536
Conciertos	24.397.769
Formación y docencia	14.541.761
Transplante de órganos	1.084.110

Cuantía

Finalmente, es necesario destacar el incremento del gasto previsto para la asistencia primaria (5,53%) respecto a la especializada (1,93%), como consecuencia de la apertura prevista de nuevas zonas básicas de salud y de otras políticas destinadas a potenciar los niveles de atención primaria.

Conclusión

En conclusión podemos afirmar, a la vista de las cifras que se contemplan en la propuesta de presupuestos, que estamos ante un presupuesto que mantiene las mismas líneas del ejercicio anterior.

Sólo determinados conceptos sufren un variación sensible con el objetivo de conseguir una mejor adecuación del presupuesto al gasto real.

El incremento del presupuesto en relación con el ejercicio anterior se ciñe a la tasa prevista de crecimiento del producto interior bruto nominal, que es el indicador de referencia para la financiación sanitaria. Y aunque este índice es superior a la tasa de inflación prevista para el próximo año, la realidad es que el incremento de financiación que contempla la propuesta de presupuestos es absorbido en su mayor parte por el continuo crecimiento del gasto farmacéutico.

viene de portada

escenario excelente para el desarrollo de estos elementos, acercando a los profesionales entre sí, facilitando la gestión del conocimiento y la comunicación también con los usuarios. El SAS ya ha iniciado algunos avances para adaptarse a esta nueva era de las tecnologías. La página web del SAS, la Intranet corporativa, el correo electrónico, los nuevos sistemas de consulta virtual o el teléfono de atención al usuario son algunos de los elementos en los que nos encontramos actualmente trabajando. Es el comienzo de un entramado tecnológico que permitirá que la comunicación entre profesionales y entre éstos y los usuarios pueda realizarse en tiempo real y durante 24 horas al día. Todos estos elementos son necesarios, aunque no suficientes para abordar las nuevas demandas sociales: la cronicidad, la dependencia, el cuidado de los cuidadores, la atención —en general— a las personas con necesidades de cuidados sanitarios

permanentes van a requerir un gran esfuerzo a la organización, de adecuación de nuestros recursos y de nuestra oferta de servicios orientados, durante mucho tiempo a mejorar en capacidad de diagnóstico y tratamiento. Y quizá más que las medidas organizativas, va a ser imprescindible un esfuerzo personal de sensibilidad por parte de todos los profesionales para trabajar en la construcción del sistema que queremos, sensible a las necesidades que nos está expresando ya la sociedad. Por otra parte, incentivar la investigación y la práctica clínica de la más alta calidad con base en la evidencia científica y en valores de ética profesional y de servicio público nos va a permitir revisar el concepto de la práctica profesional en el nuevo entorno organizativo. Todos estos elementos están contemplados en el Plan Estratégico del SAS, en el que llevamos más de dos años trabajando. También en este Plan se contemplan

actuaciones de otro tipo, que ya estamos desarrollando y que considero definitivas para que el interés de todos pueda canalizarse adecuadamente: acercar la Asistencia especializada a las zonas rurales, finalizar la dotación de la red de salud mental, desarrollar aún más la atención domiciliar y la rehabilitación o avanzar en un sistema de cuidados, codo con codo, con los servicios sociales. Aprovecho este medio que me permite el contacto directo con todos y cada uno de ustedes para felicitarles por su buen hacer. La tarea que llevamos entre manos no sería posible sin la aportación de la labor de cada profesional del SAS. Espero que disfruten de una magnífica entrada de año, en el que estoy segura que podremos alcanzar nuestros objetivos más importantes.

Carmen Martínez Aguayo
Directora Gerente del SAS

“La participación de los usuarios en la sanidad debe ser ya una realidad”

El Presidente del Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía reclama que la participación de los representantes de los usuarios en los servicios sanitarios públicos se haga ya efectiva, de ahí que los miembros del Consejo hayan valorado muy positivamente el acuerdo de colaboración propuesto por el SAS. Francisco Sánchez expresa también en esta entrevista la visión de los usuarios sobre los servicios sanitarios públicos y sus profesionales.

P. Como receptoras que son las organizaciones de consumidores de las demandas de los usuarios andaluces, me podría aportar la visión que éstos tienen de los servicios sanitarios públicos.

R. Se dan varias paradojas, la mayoría de los usuarios, por lo que nosotros podemos detectar, ven y tienen cierta tranquilidad de que hay unos servicios sanitarios modernos, suficientes para atender sus graves dolencias, es decir, tienen la tranquilidad de que en caso de situaciones graves el servicio sanitario público de salud los va a atender correctamente. Por ello, no es casual que la inmensa mayoría de los usuarios de los servicios hospitalarios salgan satisfechos de los mismos e incluso hay un dicho referido a que donde está la mejor sanidad, los mejores especialistas y equipos es en los hospitales públicos. Pero, sin embargo, cuando esto se traslada a la asistencia especializada ambulatoria, a la atención no hospitalaria, hay una valoración distinta. Las listas de esperas para consultas de especialistas, lo que se tarda en ser atendido para una radiografía, en ir al traumatólogo, etc. provoca una enorme decepción en los usuarios.

P. Las cuestiones concretas que los ciudadanos les hacen llegar ¿son las mismas que hace unos años?

R. Los ciudadanos, afortunadamente, cada vez son más exigentes. Los usuarios han pasado, de una época en la que creían que les hacían un gran favor cuando le daban un buen servicio a entender que no, que es un derecho que tienen a recibir la mejor sanidad posible. El paciente cuando ve que le han aplicado un tratamiento quirúrgico o no quirúrgico por el que se ha visto dañada su salud y no recibe una información adecuada al respecto, reclama, denuncia. Nosotros entendemos que muchas denuncias por presuntas negligencias médicas se podrían evitar si el médico hablará más con sus pacientes. En los miles y miles de actos médicos que se realizan es inevitable que pueda haber errores, esto es humano, todo el mundo se equivoca, pero porque ocultarlo, porque no admitirlo franca y abiertamente pidiendo una disculpa o explicando que la medicina no es matemática y que el tratamiento aplicado no ha sido el más adecuado y que, entonces, habrá que tirar por otro camino. Falta de información, tardanzas injustificadas, el que burocráticamente se produzca pérdida de documentación, una inadecuada información en los servicios administrativos de los centros, son también los principales motivos de quejas. Podría haber menos denuncias si a las organizaciones de consumidores se nos da participación para que, por un lado, se pueden

racionalizar los procedimientos de las reclamaciones y si, por otro lado, se fomentará el diálogo con los profesionales de la sanidad.

P. ¿Cómo valoran los usuarios su relación con los profesionales de la sanidad?

R. Globalmente, los usuarios valoran positivamente a los profesionales y confían en ellos. Pero hay quejas de los usuarios en cuanto al trato recibido, las personas que tienen dolencias necesitan posiblemente mejor trato y cariño. Los propios médicos insisten en que la primera batalla a ganar a la enfermedad es que el paciente se sienta tranquilo, confiado. Es importante que vea en su médico, en el personal sanitario a alguien de confianza, alguien que le hable, que le facilite información sobre su problema. Las formas del trato y la poca información crea grados de insatisfacción en los pacientes. Creemos que la preparación técnica de los profesionales es buena, pero, sin embargo, muchas veces no tienen el talante necesario para que el usuario se sienta bien atendido desde el punto de vista humano.

P. Iniciamos un nuevo siglo ¿cómo deberían estar orientados los servicios del año 2000?

R. Hay una reivindicación sentida y compartida, al menos, por la administración sanitaria, prueba de ello es que en los presupuestos del 2000 se habla ya de llegar al cien por cien en la reforma de la atención primaria, y es lograr que el modelo de los centros de salud llegue a toda la geografía andaluza, esa es una asignatura pendiente de la sanidad pública, es una incongruencia que los centros de salud convivan en las ciudades con los antiguos ambulatorios.

Una segunda demanda es que cada vez se acerque más la asistencia especializada a las zonas rurales. Los hospitales están demasiado centralizados en las capitales de provincia y ello condena a los usuarios de las zonas rurales a desplazarse a las grandes urbes.

P. “Incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios” es una de las cuatro grandes líneas recogidas en el Plan Estratégico del SAS, Plan que fue presentado al Consejo que usted preside. ¿Cómo han valorado los contenidos del mismo y la invitación a la colaboración que se les hace?



R. El conjunto de asociaciones de consumidores de Andalucía y el propio Consejo han valorado muy positivamente el Plan Estratégico del SAS, ya que en él se apuesta claramente por abrir la puerta a la participación de los usuarios y por potenciar la colaboración con las organizaciones de consumidores. Pero, lógicamente, lo vemos con ciertas dosis de escepticismo, porque hace falta que se vayan concretando cada uno de los aspectos que el plan establece para conseguir realmente lo que se ha denominado darle poder al ciudadano. Es importante que la participación se abra a más campos, sobre todo que no se tenga miedo a los usuarios, no vamos a interferir negativamente en el funcionamiento de la sanidad. Yo creo que lo que vamos a hacer es ayudar a dinamizarla y contribuir con nuestra participación a que los recursos se utilicen de la forma más racional posible.

P. El SAS les ha ofertado firmar un convenio de colaboración ¿en qué áreas o programas de la sanidad creen que deben participar, cuáles son sus propuestas?

R. La propuesta de firmar este convenio ha sido saludado de forma muy positiva por ambas partes ya que va a permitir abrir nuevas vías de comunicación, de intercambio de información, de apoyo, de colaboración mutua, vías que no existían hasta ahora. Andalucía se puede colocar en este tema, como en otras cosas que está haciendo, como pionera en abrir puertas a la participación. Podemos ayudar a que mejoren los servicios de atención a las reclamaciones, ver en que medida podemos colaborar en el proceso de tramitación de una reclamación para que se agilicen las respuestas, que todo se haga con mucha más racionalidad.

De cerca

Resultados de las encuestas de satisfacción realizadas a los usuarios del Servicio Andaluz de Salud

En el marco del Plan Estratégico, el Servicio Andaluz de Salud ha realizado, a lo largo de los pasados meses de junio y julio, encuestas de satisfacción a casi 26.000 usuarios de los centros de atención primaria y especializada de toda Andalucía. El estudio, que está previsto se repita periódicamente, tiene como objetivo conocer la opinión de los usuarios sobre los servicios que reciben. En la encuesta valoran aspectos de accesibilidad, organizativos y de infraestructuras de los centros, los usuarios también ofrecen su opinión sobre la atención que les han prestado los profesionales sanitarios y no sanitarios. Los primeros estudios de satisfacción en el ámbito del SAS se iniciaron en los hospitales en el año 1993, mediante encuesta autoadministrada que se entregaba a los pacientes en el mismo momento del alta hospitalaria, por tanto, este sondeo que ahora se ha realizado aporta una nueva metodología. En atención primaria,

sin embargo, es la primera vez que se aborda este tipo de estudio, cuyos resultados permitirán analizar la satisfacción de los usuarios en cada uno de los Distritos de Atención Primaria.

Estas encuestas, que permiten obtener resultados para los distritos, están siendo complementadas con otras similares que se realizan en cada centro de atención primaria, con ello será posible obtener una visión muy completa de los niveles de satisfacción expresados por los usuarios del SAS.

Los resultados de las encuestas se han enviado a los equipos directivos de los centros para que realicen un balance de sus propios datos tomando como referencia los resultados globales de toda Andalucía. Este estudio fue encargado por el SAS al Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía (IESA), dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Centros de Atención Primaria

Ficha técnica

Población: usuarios de los servicios de atención primaria.

Tamaño de la muestra: 400 entrevistas por distrito de atención primaria (margen de error +/-5% para un nivel de confianza del 95.5% para $p=0.5$). En total han sido entrevistados 13.980 usuarios (9.449 mujeres y 4.531 hombres).

Tipo de muestreo: aleatorio estratificado (edad, género, tipo de centro, tipo de red —reconvertida o no reconvertida—).

Nº de municipios incluidos: 316.

Nº de centros de atención primaria seleccionados: 451.

Ámbito básico de representatividad de la muestra: Distritos de Atención Primaria de Andalucía.

Tipo de entrevista: presencial mediante encuestador, realizada a la salida de los centros.

Tiempo medio estimado por entrevista: 20 minutos.

Fecha del trabajo de campo: junio 1999.

Hospitales

Ficha técnica

Población: usuarios que han estado ingresados en los hospitales andaluces y recibieron el alta en el periodo comprendido entre el 1 de octubre y 30 de noviembre de 1998.

Tamaño de la muestra: se han realizado 400 entrevistas por hospital (margen de error de +/-5% para un nivel de confianza de 95.5% para $p=0.5$). Total 12.000 entrevistas en los 30 hospitales.

Tipo de entrevista: telefónica asistida por ordenador (sistema CATI) y presencial en el caso de personas sin teléfono.

Tipo de muestreo: para cada hospital muestreo aleatorio estratificado, con estratos definidos por sexo, edad, perfil de usuario de cada centro. Entrevista cubriendo cuotas de sexo y edad (0-14, 15-29, 30-44, 45-59, 60-74, 75-89, 90 y más).

Número de hospitales seleccionados: 30.

Tiempo medio estimado de entrevista: 15 minutos.

Fechas del trabajo de campo: junio-julio.

Escalas de respuestas del cuestionario

Los cuestionarios utilizados contenían preguntas sobre diferentes aspectos de la atención recibida. Las respuestas estaban organizadas en escalas tipo Likert o en forma dicotómica (respuesta afirmativa o negativa). Para las respuestas de escalas tipo Likert, se ha empleado una configuración que sigue un esquema similar a: 1: "muy insatisfecho"; 2: "insatisfecho"; 3: "ni satisfecho, ni insatisfecho"; 4: "satisfecho"; 5: "muy satisfecho".

El cuestionario de los centros de atención primaria incluía también preguntas sobre las consultas de especialistas; éstas han sido contestadas sólo por aquellos usuarios de los centros que habían acudido a servicios de consultas de especialidad (en Centros Periféricos de Especialidades o en consultas externas de hospitales).

Resultados

Hemos seleccionado, por su mayor interés, algunas de las preguntas y respuestas de las encuestas. Los expuestos, son datos globales de toda Andalucía, pero hay que hacer constar que existen diferencias importantes al comparar los resultados de los diferentes distritos entre sí y de los diferentes hospitales.

En las columnas que aparecen a continuación, se recoge, en primer lugar el número de personas, en miles, que ha respondido a cada cuestión, ya que no todos los usuarios han utilizado todos los servicios por los que se les pregunta. Junto al número de personas que contestan se incorporan las columnas con los porcentajes de respuestas consideradas positivas, negativas, neutras y de no respuestas. Los datos descriptivos se presentan bajo dos epígrafes según representen una **buena valoración** de los servicios o bien indiquen aspectos a mejorar.



Significado de los iconos

Número de encuestados —en miles— que han respondido a cada pregunta.
 Porcentaje de quienes han expresado valoraciones positivas (ej.: "satisfecho" y "muy satisfecho" o equivalentes).
 Porcentaje de quienes han expresado valoraciones negativas (ej.: "insatisfecho" y "muy insatisfecho" o sus equivalentes).
 Porcentaje de quienes han expresado opiniones neutrales (ej.: "ni satisfecho, ni insatisfecho").
 Porcentaje de quienes "No saben, no contestan".

Resultados en atención primaria

Buena valoración

	Porcentaje de respuestas				
Satisfacción con la atención de la enfermera en el domicilio	2,9	94,6	2,2	3,1	0,1
Satisfacción con la atención del médico en el domicilio	4,3	93,3	3,7	3,0	0,0
¿Entiende la información que le da la enfermera?	9,5	91,9	2,5	5,1	0,5
Respeto con el que se le trata en el centro	13,9	91,4	2,1	6,2	0,3
¿Entiende la información que le da su médico?	13,9	89,9	3,7	6,1	0,3
¿Cómo considera la información que le dan sobre sus tratamientos?	13,8	85,9	4,8	8,3	1,0
Satisfacción con el servicio recibido en el centro	14,0	85,8%	5,8	8,2	0,2
Satisfacción con el tiempo dedicado por el médico	13,9	83,9%	8,2	7,2	0,7

(Variables con respuesta dicotómica)

		SÍ (%)	NO (%)	?
¿Recomendaría su médico a un familiar o amigo?	14,0	86,7	8,4	4,9
¿Le han recibido el mismo día que le han citado?	6,7	96,9	3,0	0,1

A mejorar

Facilidad para hablar por teléfono con el centro	6,9	47,2	36,7	15,9	0,2
Opinión sobre el tiempo de espera hasta que entra en consulta	14,0	38,4	33,3	28,1	0,2
¿Cómo de fácil le resultó cambiar de médico?	2,1	75,2	18,0	4,8	2,0
Valoración de la coordinación entre médico de familia y especialista	8,5	59,9	17,0	10,8	12,3
Comodidad del edificio y las instalaciones	13,9	70,7	13,5	15,4	0,4
Facilidad para identificar a los distintos profesionales	13,6	74,9	12,0	10,4	2,7
Organización del centro, en general.	13,3	68,1	9,90	17,4	4,6
Facilidad para resolver trámites y papeles	11,3	61,7	7,10	11,8	19,4

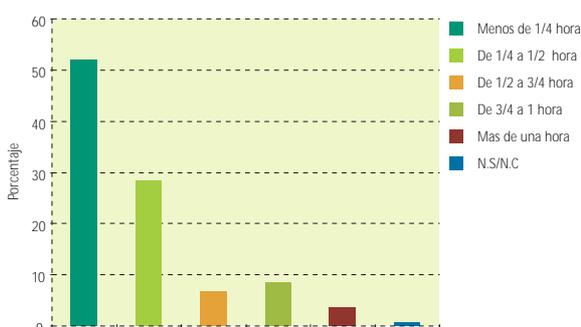
(Variables con respuesta dicotómica)

		SÍ (%)	NO (%)	?
¿Le han dado cita para el día que Vd. quería?	6,7	87,5	12,2	0,3
¿Recomendaría este centro a un familiar o amigo?	14,0	80,5	12,5	7,0

Otras variables

		Por teléfono	Acude personalmente	?
Procedimiento utilizado para la cita:	14,0	29,6	70,3	0,1

Tiempo de espera desde la cita hasta entrar en consulta (en porcentaje)



Resultados en hospitales

Buena valoración

	Porcentaje de respuestas				
Satisfacción con la atención sanitaria recibida en el hospital	12	90,2	4,5	5,2	0,1
¿Cómo entendió la información dada por los médicos?	12	86,1	5,3	7,4	1,2
¿Cómo entendió la información dada por las enfermeras?	12	85,8	3,9	7,2	3,1
Valoración del respeto con el que le han tratado en el hospital	12	92,4	2,10	5,3	0,2
Valoración de la información facilitada sobre el tratamiento	8,85	83,8	4,7	4,9	6,6

A mejorar

Facilidad en resolver asuntos de trámites y papeles relacionados con la estancia en el hospital	12	80,8	6,6	7,9	4,7
Valoración de la comodidad del edificio y las instalaciones	12	76,9	7,2	14,5	1,4
Identificación de los trabajadores del hospital	12	74,4	11,7	9,8	4,1
Facilidad para identificar a los distintos profesionales	12	74,9	14,2	8,4	2,5
Confidencialidad de los datos clínicos de la persona hospitalizada	12	77,4	2,2	4,7	15,7
Valoración de la intimidad durante la estancia en el hospital	12	42,3	36,1	20,5	1,1

Comentarios

A pesar de que estos datos son preliminares y requieren un análisis en profundidad —hay que tener en cuenta además las diferencias encontradas en la mayor parte de las variables entre las instituciones—, creemos que es interesante comentar los resultados más evidentes. En esta primera aproximación podría afirmarse que hay aspectos de los centros de los que nuestros usuarios están claramente satisfechos: Por ejemplo: un 86% de los usuarios recomendarían a su médico de cabecera y un 90% de usuarios manifiestan encontrarse satisfechos con la atención recibida durante su hospitalización.

La satisfacción es muy alta para cualquiera de los ítems valorados, no obstante, también son evidentes algunas áreas a mejorar: la obtención de cita cuando el usuario lo necesita, las comunicaciones telefónicas con sus centros o el tiempo de espera hasta entrar en consulta. Estos son algunos de los aspectos peor valorados por los usuarios en atención primaria.

Respecto a la hospitalización destacan las pocas respuestas positivas relacionadas con la valoración de la intimidad en el hospital, la dificultad para identificar a los profesionales o la valoración de la comodidad de los edificios e instalaciones.

Destaca también la menor valoración que realizan los usuarios de la organización general de los centros y las relaciones entre atención primaria y especializada.

Por otro lado, resalta que el 86% de los usuarios de atención primaria estén satisfechos con la atención recibida, resultando muy bien valorada la atención domiciliaria, tanto médica como de enfermería. En general, tanto en los hospitales como en atención primaria, resultan bien valorados el trato, el respeto y la comprensión de la información recibida.

A partir de los resultados obtenidos va a ser posible fijar objetivos y actuaciones para modificar determinadas situaciones en aquellos Distritos y Hospitales cuyos usuarios han expresado menores niveles de satisfacción en las variables de mayor interés.

Ojo clínico frente a los malos tratos

Muchas de las mujeres que son víctimas de malos tratos y son ingresadas en un hospital por esta causa, han requerido en alguna ocasión los servicios sanitarios aunque no hayan manifestado claramente el origen de sus lesiones, pasando desapercibido a los ojos de los profesionales y restando, por tanto, capacidad de intervención al conjunto del sistema.

Andalucía es una de las comunidades autónomas que antes ha iniciado el tratamiento de esta enfermedad social. La labor de sensibilización desarrollada a través de estos años por todas las instituciones implicadas y fundamentalmente por el Instituto Andaluz de la Mujer, está consiguiendo poner en evidencia la magnitud del problema: sólo en 1998 se han tramitado un total de 4.600 denuncias por malos tratos o agresión sexual. Los hospitales del SAS han cursado en poco más de un año más de 900 partes de lesiones y 122 mujeres fueron ingresadas por causas relacionadas. En Atención Primaria no se han recogido los datos de partes de lesiones a la espera de que se cierre el año 1999.

En julio de 1998 el SAS dictó las *instrucciones por las que se regula la asistencia sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales*. En éstas se recogen las normas mínimas que cualquier profesional de los servicios sanitarios debe seguir cada vez que una mujer solicite asistencia con motivo de una agresión, haciendo especial hincapié en la cumplimentación por parte de los médicos/as del parte de lesiones como documento imprescindible para la posterior instrucción judicial si la hubiere y del que la mujer debe recibir una copia.

Aunque el diagnóstico de la violencia muchas veces es difícil, los profesionales de los servicios sanitarios tienen un papel crucial para ayudar a las mujeres y niños/as que son objeto de violencia, apelando no sólo a la pericia de su ojo clínico, sino a su propia sensibilidad, al conocimiento profundo de las raíces del problema y en definitiva a la propia ética profesional.

Actuaciones del SAS ante el efecto 2000

Efecto 2000, "conjunto de problemas potenciales que, debido al cambio de milenio, pueden producirse en todo tipo de elementos electrónicos cuyo funcionamiento es sensible a la

variación de fechas. El llamado Efecto 2000 tiene su origen en la utilización de tan sólo dos cifras en la representación y gestión interna del año en los sistemas informáticos y automáticos".

Desde 1997, el SAS lleva realizando actuaciones preventivas para afrontar el denominado Efecto 2000 (E-2000). Más de 75.000 equipos informáticos, técnicos y médicos de los centros sanitarios andaluces (hospitales, centros periféricos de especialidades, centros de atención primaria y centros regionales de transfusión sanguínea) han sido auditados por el SAS para garantizar su normal funcionamiento. Asimismo las empresas suministradoras han aportado las certificaciones (Certificación 2000) por las que se asegura la estabilidad de estos equipos.

El coste de las actuaciones llevadas a cabo ante el E-2000 ha superado los 8.000 millones de pesetas, entre inversiones directas e indirectas, ya que gran parte de este dinero se ha destinado a la adquisición de nuevo equipamiento informático y de electromedicina para los centros.

Mediante circular de la Dirección Gerencia del SAS, se han constituido gabinetes y equipos de crisis en hospitales, distritos, centros regionales de transfusión sanguínea y en los Servicios Centrales del SAS. Estos gabinetes, formados por miembros de los equipos directivos de los centros y responsables y técnicos de mantenimiento de los sistemas y tecnologías, permanecerán en alerta permanente desde el 31 de diciembre al 7 de enero. Todos los centros disponen además de planes de actuación para afrontar las posibles contingencias que pudieran producirse. A excepción de las personas que conformarán los gabinetes y equipos de crisis, el SAS no tiene previsto incrementar la plantilla ni restringir las vacaciones del personal asistencial de los centros en las fechas señaladas anteriormente. La página web del SAS (www.sas.junta-andalucia.es) dispone desde el pasado mes de octubre de un apartado dedicado a las actuaciones que se están realizando para neutralizar el E-2000. Esta página se ha venido actualizando continuamente para ofrecer a ciudadanos y profesionales las últimas informaciones al respecto.

Actuaciones

Los equipos y sistemas sobre los que se ha actuado se dividen en cuatro grupos:

- **Sistemas de Información, Software.** La mayoría de los sistemas de información existentes en los centros del SAS pueden verse afectados por el E-2000, ya que todos usan de una u otra forma datos relativos a fechas, siendo algunos de ellos campos clave (citación de pacientes, gestión de laboratorios, etc.). Todos han sido inventariados y analizados para evitar anomalías derivadas del E-2000. En este apartado el SAS ha realizado una importante inversión en renovación y adquisición de nuevos equipos informáticos.
- **Equipos biomédicos.** Se ha realizado un exhaustivo inventario de todos los equipos existentes en los quirófanos, UVIs, laboratorios, etc. Debido a su naturaleza estos equipos son críticos por lo que se ha trabajado para asegurar su correcto funcionamiento en todo momento. Los equipos revisados han sido, entre otros: desfibriladores cardíacos, controladores de latido y presión, monitores UVI, equipos de radiología, escáner, etc.
- **Sistemas empotrados.** Son los sistemas, por ejemplo, de control de incendios, alarmas, ascensores, equipos de telefonía, puertas y barreras automáticas. En la revisión de estos sistemas y equipos se ha trabajado estrechamente con las empresas suministradoras y responsables del mantenimiento de los mismos.
- **Proveedores externos.** Entran en este apartado todo tipo de agentes externos como puedan ser: proveedores de electricidad, agua, gas, oxígeno, lavandería, etc. Aunque los problemas del E-2000 en los proveedores externos no entran dentro de la responsabilidad del centro sanitario, si pueden influir gravemente en el funcionamiento de éste, es por ello, que el SAS ha mantenido contactos con las empresas suministradoras para asegurar que continuarán normalmente prestando sus servicios en el cambio de siglo.



Fases del proyecto

Fase I: Diagnóstico Efecto 2000

Fase II: Planificación de las soluciones

Fase III: Test

Fase IV: Validación

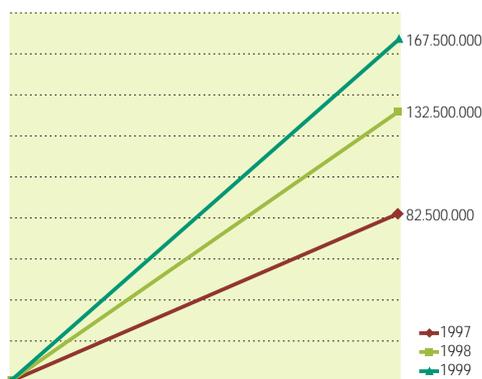
Concienciación	Inventario	Contacto proveedores	Análisis	Resultados	Enfoque	Riesgos	Prioridades	Alternativas	Recursos	Responsabilidades	Planificación	Análisis de impacto	Test	Validación	Supervisión	Certificación fabricantes	Aspectos legales	Plan de contingencia
----------------	------------	----------------------	----------	------------	---------	---------	-------------	--------------	----------	-------------------	---------------	---------------------	------	------------	-------------	---------------------------	------------------	----------------------

La financiación de las ayudas a la investigación y formación de personal investigador en Ciencias de la Salud en Andalucía

El Servicio Andaluz de Salud, como agencia financiadora, y dentro de sus actividades de fomento y promoción de la investigación de calidad y de interés para nuestro Sistema Público de Salud, ha hecho efectiva por Resolución de 18 de octubre de 1999, la concesión de subvenciones a Proyectos de Investigación y Becas de Ampliación de estudios para la formación de personal investigador en Ciencias de la Salud en la Comunidad Autónoma de Andalucía. El carácter de las mismas es anual.

El presupuesto total destinado a la financiación de Proyectos de Investigación y Becas de Ampliación de estudios (incluyendo el presupuesto comprometido en convocatorias anteriores) fue para el año 1999 de 167.500.000 pesetas. En esta convocatoria específica se adjudicaron ayudas por valor de 115.275.970 pesetas.

La evolución del presupuesto total para cada convocatoria, desde el año 1997 en la que el SAS asumió esta competencia, se representa en la siguiente gráfica:



Proyectos de investigación

A esta convocatoria se presentaron 192 proyectos, de los que fueron excluidos 10 por no ajustarse a las características establecidas en la convocatoria. De éstos fueron subvencionados un total de 90 proyectos (49,5%), 6 más que en la convocatoria del año 1998, en la que fueron financiados el 38,7%. En 1997 se habían financiado el 30,3% de los proyectos presentados.

Este año, el número de proyectos financiados al 100% ha sido superior que en años anteriores:

Proyectos financiados

Porcentaje de financiación	1997	1998	1999
100%	9	6	34
80%		16	17
75%		18	
70%		19	31
65%		14	
50%	25		
40%	36		
Emergentes (*)	10	11	9
Total	80	84	90

(*) Grupos nuevos subvencionados.

También destaca que se ha subvencionado el 80% del presupuesto solicitado, aún teniendo en cuenta que se han financiado 9 Proyectos Emergentes (grupos nuevos) con una cantidad máxima de 500.000 pesetas (100.000 pesetas más que el año 1998).

	Convocatoria 1998			Convocatoria 1999		
	Solicitado (*)	Concedido	%	Solicitado (*)	Concedido	%
Total	130.500.798	93.308.000	71,5	129.357.999	103.548.700	80,0
Media	1.554.000	1.111.000		1.437.000	1.151.000	

(*) El presupuesto solicitado se ha limitado al máximo establecido por la convocatoria de 2.000.000 de pesetas por proyecto.

Es necesario señalar que las ayudas concedidas a los Proyectos de Investigación subvencionados, y tal como contempla el apartado 6º c) de la Resolución de 8 de febrero de 1999, en caso de tratarse de grupos de investigación o personas dependientes del SAS, se ven incrementadas en un 10%, cantidad que es transferida a las Comisiones de Investigación de los Centros donde se realicen los Proyectos y que ascendió a 9.004.270 pesetas.

Becas de ampliación de estudios

Se presentaron 12 solicitudes, de las que fueron subvencionadas un total de 6 con la totalidad de la cantidad solicitada.

	Convocatoria 1998			Convocatoria 1999		
	Solicitado (*)	Concedido	%	Solicitado (*)	Concedido	%
Total	2.411.880	2.411.880	100	2.723.000	2.723.000	100
Media	344.554	344.554		453.833	453.833	

(*) El presupuesto solicitado se ha limitado al máximo establecido por la convocatoria de 500.000 pesetas por beca.

Cronograma de obligaciones de los beneficiarios

- A partir de la fecha del ingreso de la primera anualidad (75% de la subvención concedida), el Investigador principal dispone de seis meses para justificar el gasto, que deberá realizarse en facturas originales en el que deben figurar los datos de identificación del emisor de la factura y del Investigador Principal. Este plazo podrá ampliarse y siempre que, dentro de los seis meses de que dispone para justificar, solicite motivadamente mediante escrito a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS, una ampliación de dicho plazo, que en su conjunto no podrá superar los 12 meses.
- Una vez justificado este primer ingreso, se hará efectiva la segunda anualidad (25% de la subvención concedida), disponiendo en este caso de tres meses para justificar, de la misma forma anteriormente descrita, la cantidad percibida.
- Una vez finalizado el Proyecto de Investigación, el investigador dispone de tres meses para remitir la memoria del proyecto con todos los resultados obtenidos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Primera imagen

Respondiendo a una iniciativa impulsada por la Junta de Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud desea dar una bienvenida especial a todos aquellos bebés nacidos en los hospitales públicos a través del proyecto "Primera Imagen". En un formato amable, el hospital obsequia a los padres con una primera fotografía del recién nacido, acompañada de un breve recuerdo sobre los cuidados esenciales para su desarrollo, sus derechos —reconocidos por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989— y las recomendaciones a tener en cuenta para una correcta lactancia materna. También se incluye el calendario de vacunaciones de la Comunidad Autónoma Andaluza. De esta forma, no sólo queda expresada nuestra felicitación por la llegada de un nuevo ser, sino que proporcionamos elementos para el cuidado de su salud desde el mismo momento de su nacimiento.

Resultados del programa de cáncer de mama en Andalucía

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por patología tumoral en la población femenina. Con el objetivo de disminuir la mortalidad por esta causa, el SAS puso en marcha en 1995 un Programa de Detección Precoz. Los resultados obtenidos hasta el pasado mes de noviembre, fecha en la que ya habían sido estudiadas 150.000 andaluzas, indican que el 2,63 por mil de las mujeres revisadas presentaron patología tumoral. Es decir, 280 andaluzas fueron intervenidas tras detectarseles este tipo de cáncer. La detección temprana permitió que el 47 por ciento de las mujeres conservaran su mama al ser abordadas mediante cirugía conservadora.

Al finalizar el año 1999, el 73 por ciento de las mujeres andaluzas entre 50 y 65 años, habrán tenido la posibilidad de acceder al programa a través de las 19 unidades de exploración mamográficas específicas repartidas por la geografía andaluza. La tasa de participación es en la actualidad del 71 por ciento.

Cuidados canguro

La técnica de madre canguro empleada en Colombia y otros países en vías de desarrollo, consiste en emplear a las madres de los recién nacidos que pesan menos de dos kilogramos como incubadoras humanas y como fuente principal de comida y estimulación. Esta técnica ha sido evaluada mediante diversos estudios, cuyos resultados apuntan a que es una intervención segura y adecuada para el cuidado de los niños de bajo peso al nacer, después de su estabilización. Teniendo en cuenta los beneficios, tanto para el niño como para sus padres, la unidad de neonatología del Hospital sevillano de Valme dispone desde hace un año de un Programa Canguro Intrahospitalario.

Mesa Sectorial de Sanidad, Comunidad Autónoma de Andalucía

La Mesa Sectorial de Sanidad durante el año 1999 ha trabajado intensamente en múltiples temas, entre los que cabe destacar:

- Las convocatorias de concurso-oposición correspondientes a la Oferta Pública de Empleo de 1997.
- La elaboración de un borrador de Orden sobre Cargos Intermedios (aprobado el 29-4-99).
- La elaboración de un borrador de Orden sobre Cuidados Críticos y Urgencias (aprobado el 12-7-99).
- La elaboración de un borrador de Orden sobre Guardias Médicas (aprobado el 12-7-99).
- La elaboración de un borrador de una Resolución sobre permisos especiales (ONG, aprobado el 12-7-99).
- La elaboración de un borrador de Resolución sobre retribuciones de liberados sindicales (aprobada el 17-3-99).
- La elaboración de un borrador de Pacto sobre crédito horario sindical, que se ha cerrado.
- La elaboración de un borrador de Pacto sobre selección de personal temporal.
- La elaboración de un borrador de Decreto de Oferta Pública de Empleo 1999 (aprobado el 10-11-99).
- La elaboración de una Resolución sobre nombramientos de personal temporal en el Servicio Andaluz de Salud (aprobado el 5-11-99).
- La elaboración de un borrador de Decreto sobre selección y provisión del cuerpo A4 (Veterinarios y Farmacéuticos, aprobado el 5-11-99).
- La elaboración de un borrador de Decreto sobre plantilla, funciones y retribuciones del cuerpo A4 (Veterinarios y Farmacéuticos).
- La elaboración de un borrador de Acuerdo sobre retribuciones y jornada de 35 horas para el personal del SAS (pendiente de publicación en BOJA).

En estos momentos, continúan en marcha las negociaciones sobre:

- Nuevo Decreto sobre provisión y selección, en base a la nueva Ley 30/99.
- Elaboración de una Orden sobre Coordinadores de Atención Primaria.
- Elaboración de normativa sobre Prevención de Riesgos Laborales.
- Desarrollo de las Ofertas Públicas de Empleo.

Pasos de la OPE

Situación de los Concursos de Traslado (T) y de Oposición (O)	Actualizado a 30-11-1999		No Sanitarios		
	T	O		T	O
Facultativos					
Médico de medicina general de EBAP	LD	LP	Trabajador Social	LD	EX
Pediatra EBAP	LD	EX	Ingeniero Técnico	LD	EX
Odontoestomatólogo Distrito	LD	EX	Gobernanta	LD	EX
Facultativo Especialista de Área	LD	CO*	Celador Conductor	LD	TP
Psicólogo		TP	Personal de Oficio	LD	TP
No Facultativos			Personal Subalterno	LD	TP
DUE/ATS	LD	EX	Personal Telefonista	LD	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, recurrido por el SAS
Para más información: www.sas.junta-andalucia.es

A mejorar

Silencio

Las personas ingresadas en un hospital no disponen de más espacio para su intimidad y su descanso que la cama que ocupan. Junto a ellos, los profesionales sanitarios ocupamos todo lo demás, realizando las tareas inherentes a nuestro trabajo. La rutina hospitalaria comienza sobre las seis de la mañana cuando se toman las constantes a los pacientes y a partir de ese momento empieza la frenética actividad que constituye la vida diaria de un centro sanitario: aseo personal, limpieza de habitaciones, visitas médicas, curas, pruebas diagnósticas, comidas, visitas de familiares, traslados, medicación, y así un largo etcétera que se prolonga hasta pasada la media noche, con el último recorrido del personal de enfermería para tomar de nuevo las constantes, cambiar las camas a quien lo necesite y ofrecer una pequeña colación de zumos o infusiones. Todas estas actividades producen una serie de ruidos inevitables, pero añadidos a ellos existen otros muchos a los que nos hemos habituado de tal manera que ni los percibimos: teléfonos, televisores, puertas y carritos que chirrían, recados a voces, etc. Y así veinticuatro horas sobre veinticuatro, porque los profesionales hacemos nuestro turno y nos vamos a casa, los familiares hacen su visita y se marchan, pero los pacientes viven en el hospital. Es preciso estar alerta para lograr, momento a momento, un ambiente de silencio, sosiego y descanso para las personas que tratamos de cuidar. Hay que tener en cuenta que estas necesidades son mayores en los enfermos y que su ritmo biológico está alterado: quizás su descanso empiece cuando para el resto termina. Esto es tan importante como la alimentación o las técnicas terapéuticas que empleamos.

La web

Una dirección de internet

<http://www.rediris.es/list/diseven>

Incorporada recientemente a la página de profesionales de la web del SAS, DISEVEN es un servicio público y gratuito enfocado fundamentalmente a la comunidad científica. Pretende recoger, almacenar y distribuir información sobre eventos como: Congresos-Jornadas-Seminarios-Conferencias-Ponencias-Cursos-Charlas-Simposiums-etc. Toda la información sobre los eventos está almacenada en una base de datos interactiva, creada y residente en las máquinas del CICA (Centro Informático de Andalucía) y permite hacer completas búsquedas.

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.: 955 018 000, Fax: 955 018 025 e-mail: sasinfo@sc.sas.cica.es