



# **Adenda 2008**

## **al Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005 - 2008**



En Sevilla, a 1 de Enero de 2008

## REUNIDOS

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud, D. Juan Carlos Castro Alvarez

y el/la Director/a del Distrito de Atención Primaria.....,  
D./D<sup>a</sup> .....

## Acuerdan

EL SIGUIENTE CONTRATO PROGRAMA PARA EL PERIODO 2005-2008 Y DETERMINAN PARA EL PERIODO ANUAL 2008 LOS OBJETIVOS QUE SE RELACIONAN A CONTINUACIÓN

**EL DIRECTOR GERENTE DEL SAS**

**EL/LA DIRECTOR/A GERENTE DEL DISTRITO**

**Fdo.: Juan Carlos Castro Álvarez**

**Fdo.:**



## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### **1. ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA**

- 1.1. Personalización de la atención
- 1.2. Opiniones de la Ciudadanía
- 1.3. Información, Accesibilidad, Confort e Intimidad
- 1.4. Planes específicos de participación ciudadana
- 1.5. Derechos Sanitarios.

#### **2. ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD**

- 2.1. Desarrollar las estrategias en salud para la reducción de desigualdades
- 2.2. Mejora de los servicios de dispensación de metadona en los centros sanitarios y de los cuidados para las personas con adicciones
- 2.3. Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental
- 2.4. Salud Sexual y Reproductiva
- 2.5. Plan de Vacunación de Andalucía
- 2.6. Atención a Polimedicados
- 2.7. Enfermedades transmisibles
- 2.8. Red de Alertas de Salud Pública
- 2.9. Actuación Sanitaria en los casos de Violencia de Género
- 2.10. Actuación sanitaria en los casos de maltrato a menores
- 2.11. Atención Sanitaria a Personas Inmigrantes
- 2.12. Atención a la Salud de los Jóvenes

#### **3. ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

- 3.1. Accesibilidad
- 3.2. Accesibilidad en el Área de Consultas Externas y Procesos Diagnósticos



- 3.3. Gestión Clínica
- 3.4. Gestión por Proceso Asistencial Integrado
- 3.5. Personalización y Continuidad Asistencial
- 3.6. Ordenación Asistencial
- 3.7. Actividad Asistencial
- 3.8. Área de Seguridad del paciente

#### **4. ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN**

- 4.1. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
- 4.2. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas
- 4.3. Plan de Salud Bucodental
- 4.4. Laboratorios Clínicos y Bancos Biológicos
- 4.5. Atención a pacientes en tratamiento anticoagulante oral

#### **5. ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD**

- 5.1. Plan Integral de Cardiopatías
- 5.2. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
- 5.3. Plan Integral de Oncología
- 5.4. Plan Integral de Diabetes
- 5.5. Plan Integral de Tabaquismo
- 5.6. Plan Integral de Accidentabilidad
- 5.7. Plan Integral de Obesidad Infantil
- 5.8. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos

#### **6. ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

- 6.1. Objetivo Presupuestario de Farmacia
- 6.2. Prescripción de medicamentos por principio activo y de efectos y accesorios sin marca
- 6.3. Selección de medicamentos
- 6.4. Prescripción electrónica: Receta XXI
- 6.5. Sesiones de Farmacia y entrevistas individuales de información y seguimiento
- 6.6. Comisiones asesoras sobre uso racional del medicamento



- 6.7. Revisión de pacientes polimedicados
- 6.8. Sistemas de Información
- 6.9. Evaluación e Investigación
- 6.10. Farmacovigilancia
- 6.11. Adquisiciones de medicamentos

## **7. ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN**

## **8. ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN**

- 8.1. Apoyo a los Profesionales

## **9. GESTIÓN AMBIENTAL**

## **10. ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

## **11. ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA**

- 11.1. Gestión Presupuestaria
- 11.2. Gestión de Compras y Logística
- 11.3. Gestión Financiera
- 11.4. Contabilidad de Costes (COAN HYD)
- 11.5. Responsabilidad Patrimonial y Gerencia del Riesgo

## **12. ÁREA DE INVERSIONES**

## **13. ÁREA DE FINANCIACIÓN**

- 13.1. Financiación por atención sanitaria a la población
- 13.2. Ingresos diferenciales
- 13.3. Autorización de nuevos servicios 2008

## **14. ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**



## **15. ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN**

### **ANEXOS**

- 0.- Anexo de Objetivos
- I.- Población según BDU a 31 de Diciembre de 2007
- II.- Análisis de Satisfacción de los Usuarios. Planes de Mejora
- III.- Plan de Pequeñas Cosas
- IV.- Plan de Intimidad
- V.- Evaluación de reclamaciones
- VI.- Acuerdo de Gestión de Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental
- VII.- Acuerdo de Gestión entre Distritos y Hospitales
- VIII.- Acuerdo de Gestión Clínica
- IX.- Procesos Asistenciales Integrados. Evaluación de objetivos
- X.- Procesos Asistenciales Integrados. Evaluación de normas de calidad
- XI.- Comisión de Cuidados de Enfermería del Área
- XII.- Plan de Mejora de la Atención a las Personas Cuidadoras Familiares en Andalucía
- XIII.- Protocolo de mensajes entre el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias y las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias y Equipos Móviles
- XIV.- Guías de Actuación Compartidas
- XV.- Producción de Servicios
- XVI.- Acciones para el desarrollo de la participación ciudadana
- XVII.- Planes de Intervención en Zonas Necesitadas de Transformación Social
- XVIII.- Estándares para las Salas y Equipos Móviles de Fisioterapia y Rehabilitación
- XIX.- Informe anual sobre Investigación



## INTRODUCCIÓN

La Ley 2/1998, de 15 de Junio, de Salud de Andalucía recoge **la universalidad y la equidad** en los niveles de salud y **la igualdad efectiva en el acceso** al SSPA como los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía. Asimismo constituyen principios básicos de este modelo la **concepción integral de la salud**, la descentralización, autonomía y **responsabilidad en la gestión** de los servicios, la mejora continua en la calidad de los mismos especialmente en lo referente a la **atención personal** y la utilización eficaz y eficiente de los recursos sanitarios.

Las principales líneas estratégicas que emanan del III Plan Andaluz de Salud como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno Andaluz y del II Plan de Calidad como marco político estratégico de la Consejería de Salud, afianzan la **apuesta por la calidad** e impulsan aquellas actuaciones encaminadas a la **búsqueda de la excelencia**, implicando al sistema sanitario público en un proceso orientado hacia formas cada vez más **efectivas y eficientes** de conseguir los objetivos y de **satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos andaluces**.

La Consejería de Salud mediante el Contrato Programa, que enmarca su relación con el Servicio Andaluz de Salud para el periodo 2005-2008, establece como principales líneas de actuación el **compromiso con las necesidades y expectativas** de la ciudadanía, la extensión de la gestión por **procesos** y de la **gestión clínica**, la **integración entre los niveles** asistenciales, la **orientación a resultados**, la garantía de la **calidad** de las prestaciones, la promoción de la **gestión del conocimiento** y de la **innovación**, el desarrollo de un modelo integral de **gestión por competencias** y la gestión de la **calidad en las políticas de salud pública**, concediendo especial relevancia a la implantación de **políticas transversales de innovación tecnológica**.

La ley de Salud de Andalucía otorga al Servicio Andaluz de Salud las competencias para la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria y la rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Asimismo le atribuye la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que obran bajo su dependencia orgánica y funcional y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Dentro de este ámbito, el presente Contrato Programa es el instrumento de que se dota la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud para establecer las actividades a realizar por sus centros, los recursos de que éstos dispondrán, así como el marco y dinámica de sus relaciones para el 2008.



Como en años anteriores, en este Contrato el Servicio Andaluz de Salud incentivará de forma especial el establecimiento de objetivos comunes entre Hospitales y Distritos sanitarios.

El Distrito implementará el cuadro de mandos integral, que permitirá el seguimiento continuado de los objetivos contenidos en este CP. Los listados, informes, guías y análisis solicitados en este CP serán enviados a las correspondientes Unidades de los Servicios Centrales (SSCC), a las cuales se facilitará además toda la actividad auditora, de evaluación y seguimiento.

El Distrito deberá suministrar al Servicio Andaluz de Salud todos los datos e indicadores necesarios para hacer posible la evaluación de todas las dimensiones contenidas en el actual Contrato Programa.

El presente CP entre el Servicio Andaluz de Salud y el Distrito, tendrá vigencia durante el periodo 2005-2008 pudiendo ser revisado de forma anual, por causa suficientemente justificada, a propuesta de cualquiera de las partes.

El presente CP para el año 2008, se sustenta en las siguientes líneas de actuación:

- Atención Ciudadana
- Gestión de la Prevención de la enfermedad, Promoción y Protección de la Salud
- Organización de la Asistencia Sanitaria
- Planes Horizontales de Gestión
- Planes Integrales de Salud
- Promoción del Uso Racional del Medicamento
- Apoyo a la Investigación
- Docencia y Formación
- Gestión Ambiental
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión Económica
- Inversiones
- Financiación
- Tecnologías de la Información
- Sistemas de Información y Evaluación



## **1. ÁREA DE ATENCIÓN CIUDADANA**

El Servicio Andaluz de Salud, que ha definido con rotundidad el papel y la razón de ser del ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público, lleva dos décadas introduciendo mejoras en la atención ciudadana, algunas de ellas con carácter innovador y pionero, tanto en el reconocimiento de los derechos, como en la prestación de servicios, consecuencia del trabajo, de la gestión pública eficiente y responsable, de todas las personas de nuestra organización, en respuesta a las opiniones y expectativas de los ciudadanos y a la confianza que depositan con el SSPA.

Es un hecho constatado que las expectativas de nuestros usuarios, su percepción sobre elementos tangibles e intangibles del servicio están experimentando un importante cambio.

La ciudadanía es cada vez más consciente de su derecho a recibir un servicio excelente, no solo desde el punto de vista de calidad científico-técnica, sino también en los componentes interpersonales y relacionales que configuran su experiencia de contacto con el sistema y sus profesionales.

El SAS una organización sensible y consciente de los márgenes de mejora en las relaciones con los ciudadanos, establece el PLAN DE ATENCIÓN CIUDADANA como instrumento de planificación estratégica que impulsa y dirige una profunda transformación de la atención a la ciudadanía en el Servicio Andaluz de Salud, para ello define cinco líneas estratégicas:

*Línea 1.* Impulsar la innovación y modernización de los Servicios de Atención Ciudadana.

*Línea 2.* Mejora, integración y consolidación de los sistemas de recogida de las opiniones y expectativas de los ciudadanos, desarrollo de nuevos canales de comunicación e información.

*Línea 3.* Desarrollo de planes específicos de participación ciudadana.

*Línea 4.* Adaptar los servicios a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, impulsando proyectos de mejora desde la perspectiva del usuario.

*Línea 5.* Avanzar en garantizar los derechos a los ciudadanos.

El objetivo final es que el ciudadano sienta reforzada su confianza en la Sanidad Pública, se sienta único dentro del Sistema, que en todo momento perciba la atención sanitaria que recibe más cálida, cercana y transparente.

Con el Contrato Programa 2008, el Servicio Andaluz de Salud refuerza su compromiso de servicio a la ciudadanía, desarrollando estrategias que han incorporado sus opiniones como herramienta fundamental que orienta las actuaciones de la organización sanitaria hacia la personalización de la asistencia, la recogida de las opiniones de la ciudadanía, la participación, información, la accesibilidad el confort, la intimidad, los derechos y sus garantías.



## **PERSONALIZACIÓN DE LA ATENCIÓN**

El Servicio Andaluz de Salud entiende la personalización de la atención, como el **principio que debe regir todo el proceso de atención del ciudadano** que toma contacto con el sistema sanitario público, proceso que se inicia con la identificación unívoca del ciudadano, la garantía, seguridad y confidencialidad de su información y al desarrollo de su proceso integrado de atención, que realizan todas las personas del EBAP, dando una respuesta sensible, específica, adaptada a su problema, a su necesidad y expectativa en cada momento.

El Distrito velará por garantizar la personalización en todos los procesos de atención a los pacientes.

### **1.2 OPINIONES DE LA CIUDADANÍA**

#### **1.2.1. Análisis de satisfacción de los usuarios**

El Distrito garantizará el desarrollo de las encuestas de satisfacción que anualmente se vienen realizando mediante el convenio SAS-CSIC (IESA), con el propósito de conocer los niveles de opinión y satisfacción de los usuarios del Distrito.

##### **1.2.1. a. Encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Primaria.**

El Distrito elaborará planes de mejora en función de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas en los dos últimos años, que incluirá las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción.

Por un lado, analizará todas las preguntas de la encuesta referidas a su Distrito y establecerá planes de mejora en aquellas variables consideradas como “debilidades del sistema”, es decir, las que no superan el 70% de satisfacción.

Y por otro lado, analizará las preguntas referidas al índice sintético de satisfacción de su ZBS/UGC y establecerá planes de mejora en aquellas variables cuyo porcentaje sea igual o inferior al valor del percentil 25 de Andalucía.

Estas mejoras se reflejarán en los contratos programa y acuerdos de gestión (Anexo II) suscritos por el Distrito con sus unidades dependientes. El contenido de estos planes de mejora serán remitidos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria antes de Junio de 2008

##### **1.2.1. b. Encuesta autocumplimentada de los servicios de Atención Domiciliaria de Atención Primaria.**

A lo largo de 2008, la Dirección Regional de Atención Ciudadana pondrá en marcha un nuevo proyecto de encuesta autocumplimentable para explorar la satisfacción con el Servicio de Atención Domiciliaria en AP, con el propósito de conocer las opiniones,



expectativas y satisfacción directa de estos pacientes y monitorizar los cambios y áreas de mejora en este Servicio.

Así, uno de los objetivos prioritarios que se persigue con esta encuesta es la de explorar las opiniones de lo que más y menos ha gustado, con carácter casi permanente y que permita detectar y establecer mejoras en aquellos aspectos peor valorados.

### **1.2.2. Reclamaciones**

Durante el período 2005-2008 los Distritos utilizarán la información procedente del análisis de las Reclamaciones y Sugerencias como fuente para la mejora continua de la atención al ciudadano.

Se implantará la aplicación informática AGORA de gestión de las reclamaciones en el SAS. Los Distritos facilitarán su implantación, según las directrices que se emitan desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

El Distrito mantendrá la Comisión de Seguimiento de las Reclamaciones y Sugerencias, aplicará el procedimiento escrito sobre circuitos, plazos y contenidos mínimos de las respuestas a las reclamaciones y sugerencias de todo el Distrito.

Al finalizar cada semestre, el Distrito dispondrá de un estudio sobre Calidad de las respuestas emitidas y de la evolución de las reclamaciones por motivos, tipo de profesional afectado, tiempos de respuesta para cada ZBS/UGC. (Anexo V - Hoja de evaluación semestral de reclamaciones). Se remitirá informe de la evaluación semestral a la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

El equipo de dirección de cada ZBS/UGC analizará en el seno de la Comisión de Seguimiento de las Reclamaciones, las reclamaciones de su zona/centro, al menos dos veces al año. Este análisis incluirá los motivos, grupos profesionales afectados, tipo de contestación realizada y medidas puestas en marcha para la mejora identificada a través de las reclamaciones.

Los profesionales afectados en una reclamación conocerán la respuesta que la dirección del Distrito, Centro de Salud y/o UGC. ha emitido al reclamante.

El Distrito dará difusión (salvo que el interesado exprese lo contrario) a los reconocimientos realizados por los usuarios o familiares sobre la atención recibida.

## **1.3. INFORMACIÓN, ACCESIBILIDAD, CONFORT E INTIMIDAD.**

### **1.3.1. Servicios de Atención Ciudadana.**

Los Servicios de Atención Ciudadana como estructuras facilitadoras de las relaciones con los ciudadanos, son un instrumento de vital importancia dentro de la estrategia destinada a que el ciudadano sea el centro del sistema, por lo que se requiere una consolidación y potenciación de dichos servicios.

Mediante el desarrollo de la Línea Estratégica 1 del Plan de Atención Ciudadana, se realizará la descripción y actualización de los procesos administrativos de la Cartera de Servicios, el desarrollo profesional con la definición de los puestos de trabajo, el mapa de

competencias y el plan de formación, la mejora de estructuras y herramientas de gestión que le permitan establecer una estrategia de mejora continua en la relación con los usuarios del SAS.

A lo largo de 2008 los Servicios de Atención Ciudadana adaptaran su estructura física, su organización funcional, con objeto de mejorar la atención a la ciudadanía, hacerla mas personalizada, que garantice la intimidad, confidencialidad y el confort de las instalaciones, potenciando la imagen corporativa mediante la señalización del SAC, LA EXPOSICIÓN DE SU CARTERA DE SERVICIOS, LA ADAPTACIÓN DEL MOBILIARIO E INFRAESTRUCUTRAS.

El Distrito establecerá las medidas oportunas que permitan el desarrollo del Plan de Formación 2008 de la DGAS a los profesionales de los SAC.

El Distrito potenciara el desarrollo de los Servicios de Atención Ciudadana conforme lo establecido en el PLAN DE ATENCIÓN CIUDADANA del SAS.

### **1.3.2. Accesibilidad, Confort e Intimidad.**

El Distrito desarrollará las medidas que contribuyan a mejorar la calidad percibida por los usuarios en relación con la imagen y el confort de los centros, e irá adaptando tales medidas a las necesidades de los menores.

Entre los objetivos mínimos que debe cumplir y mantener el Distrito en relación con el confort figuran los estándares definidos en el marco del Plan de las Pequeñas Cosas (Anexo III) y en el Plan de Intimidad (Anexo IV) en los siguientes ámbitos:

- Accesibilidad
- Cartelería
- Condiciones ambientales confortables
- Limpieza
- Mobiliario
- Pequeño equipamiento
- Pintura y revestimientos
- Protocolos

El Distrito dispondrá de un Plan de Acogida dirigido a los pacientes y ciudadanía en general con el objetivo de facilitar la integración del cliente externo a través de la información, recepción, comunicación y respuesta a las demandas que surjan a su paso por los centros sanitarios.

Entre los contenidos que integrará el plan de acogida se considerará como elementos mínimos: la Guía de Usuario de cada centro, protocolo para la identificación de los profesionales, sobre custodia de documentación clínica, información sobre la normas del centro y tener disponible la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en los servicios sanitarios públicos de Andalucía.



### **1.3.3 Información sobre derechos y deberes del usuario**

El Distrito garantizará la difusión de la información sobre derechos y deberes del ciudadano en el Sistema Sanitario Público

El Distrito promocionará la incorporación del lenguaje no sexista en la documentación y la información dirigida a la ciudadanía.

El Distrito sensible a la diversidad cultural difundirá la información traducida a varios idiomas según las necesidades de la población atendida

El Distrito mantendrá en los accesos de todos sus centros, en lugares bien visibles, la “Carta de Derechos y Deberes del Sistema Sanitario Público de Andalucía”. Incorporará la Carta de Derechos y Deberes a las Guías de los usuarios y utilizará también otros formatos para difundirla al máximo entre los usuarios y los profesionales.

En las actividades de formación del Distrito para profesionales del SAS, se incluirán temas relacionados con el marco jurídico y los valores que orientan el modelo de atención sanitaria del SSPA.

## **1.4. PLANES ESPECÍFICOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

El Distrito seguirá potenciando la participación ciudadana, en el marco de las líneas estratégicas de actuación del III Plan Andaluz de Salud, II Plan de Calidad y las líneas básicas del Contrato Programa 2005-2008 con el doble interés de informar de nuestros servicios de forma transparente y de escuchar su opinión y dar participación activa para mejorarlos.

Teniendo en cuenta el creciente número de pruebas sobre los beneficios de la participación de la ciudadanía en políticas de salud y en la toma de decisiones sobre los temas que le afectan, cobra especial importancia abrir nuevas vías o espacios de participación individual y colectiva. El Servicio Andaluz de Salud apuesta por institucionalizar la participación, creando estructuras a tal fin que permitan a la ciudadanía participar, no sólo puntualmente, sino de forma regular en todos los ámbitos, mediante la constitución de la Comisión de Participación Ciudadana

El objetivo es propiciar altos niveles de participación, donde los ciudadanos estén involucrados activamente, sean copartícipes con los servicios sanitarios, en la identificación de oportunidades de mejora, análisis de causas y establecimiento de medidas correctoras, así como en la mejora continua de los procesos de atención.

El Distrito desarrollará su Plan de Participación Ciudadana que recogerá diversas formas y estructuras de participación colectiva, dando especial relevancia a las contempladas en el Anexo XVI: *Acciones para el desarrollo de la participación ciudadana y Banco de iniciativas para el desarrollo específico de la participación ciudadana*. Para la dinamización y puesta en marcha de este plan el Distrito designará a una persona responsable del mismo.



El Distrito mantendrá un banco de medidas de mejora de las actuaciones vinculadas a la participación ciudadana siguiendo el mismo esquema de los años anteriores. Para la identificación de oportunidades de mejora basadas en las expectativas y en la percepción de los ciudadanos, realizará los estudios cualitativos adecuados a tal fin. Las medidas que se consideren más interesantes serán comunicadas a los Servicios Centrales para dar difusión a las mismas.

El Distrito impulsará la participación de los ciudadanos en los Comités de Ética de sus centros sanitarios y de voluntariado en actividades de promoción de la salud.

El Distrito facilitará la información necesaria para favorecer la transparencia del SSPA, informando sobre la actividad y calidad de los servicios. (Proyecto Transparencia de la Consejería de Salud).

El Distrito elaborará un informe anual sobre el progreso de la participación ciudadana en su ámbito de referencia, describiendo brevemente las iniciativas desarrolladas, remitiéndolo a la Dirección Regional de Atención Ciudadana.

## **1.5. DERECHOS SANITARIOS.**

Es loable los logros alcanzados en SSPA en relación al reconocimiento de los nuevos derechos a la ciudadanía, consecuencia del trabajo, de la gestión pública eficiente y responsable de todas las personas de la organización, en respuesta a la confianza que los ciudadanos tienen depositada en el Sistema Sanitario Público. Avanzar en el desarrollo efectivo de los nuevos derechos de los ciudadanos, es uno de los grandes retos a los que el SAS quiere responder en el presente ejercicio 2008, ello supone seguir trabajando en otras dimensiones de la vida de los pacientes que no sean exclusivamente lo relacionado con los hechos clínicos, en este contexto hablamos de humanizar la asistencia sanitaria al introducir los valores de la persona en todos los momentos en que se desarrolla el proceso asistencial.

Los Distritos desarrollarán estrategias de formación e información a todos sus profesionales, como herramientas para la mejora del desarrollo efectivo de los derechos sanitarios y sus garantías, así como los procedimientos para la gestión eficiente de los mismos.

### **1.5.1 Libre Elección de Especialista y Hospital**

El Distrito desarrollará las actuaciones necesarias para hacer efectivo el derecho a la LEE del ciudadano, según la normativa vigente, estableciendo estrategias de mejora con la Atención Hospitalaria en cada caso.



### **1.5.2. Voluntades anticipadas**

Durante el período 2005-2008 el Distrito desarrollará las actuaciones necesarias para garantizar la información y los trámites en relación con el derecho de Declaración de Voluntad Vital Anticipada.

### **1.5.3 Segunda opinión**

El Distrito colaborará en las medidas adecuadas para hacer efectivo el derecho a la segunda opinión, según la normativa vigente y en su extensión a nuevos procesos asistenciales, estableciendo estrategias de mejora en la gestión del derecho a la Segunda Opinión Médica del ciudadano.

### **1.5.4. Consentimiento Informado**

El Distrito trabajara para garantizar el desarrollo práctico y fundamental del principio de autonomía de los pacientes en relación al Consentimiento Informado, entendido como un proceso de información continua al paciente que realizan diferentes profesionales, y se refleja siempre en la historia clínica del mismo (Ley básica 41/2002).

El Distrito, sin detrimento del proceso de información continua al paciente, debe velar por la utilización del consentimiento informado, por escrito y de la forma adecuada, ajustada a la regulación vigente para centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, según se establece en la resolución 223/2002 del Servicio Andaluz de Salud.

El Distrito continuará aplicando las medidas sobre Consentimiento Informado de acuerdo a las instrucciones recibidas de la Dirección Corporativa.

### **1.5.5. Garantías de plazos de espera**

El Distrito desarrollará las actividades necesarias para el cumplimiento de los plazos de garantía de tiempos de espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y procesos asistenciales.

### **1.5.6. Derechos del Menor**

El Distrito velara por la aplicación y desarrollo en todos sus centros, del Decreto 246/2005 de 8 de noviembre que regula el ejercicio del derecho a las personas menores de edad según lo establecido en guía elaborada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Fundamentalmente en que la atención sanitaria y los recursos que se utilicen en su atención tengan en cuenta su edad, su genero, su personalidad, y condiciones socioculturales, así como todo lo relacionado con el derecho a solicitar y recibir la asistencia sanitaria por si misma, la información en términos adecuados, el consentimiento informado, el acceso a su historia clínica.

Derechos que en su mayoría, se regulan en la Ley Básica 41/2002 de la autonomía del paciente y ahora los desarrollamos en el menor.

## **2. ÁREA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD**

### **Introducción**

Los equipos de Gestión de los Distritos, serán los que directamente se impliquen en el desarrollo de este apartado del Contrato-Programa. Los Equipos Básicos de Atención Primaria/Unidades de Gestión Clínica son las Unidades de provisión de que dispone el SSPA en el nivel Primario de Atención; no obstante, para que las actuaciones en materia de Prevención de la enfermedad, Protección y Promoción de la Salud, puedan facilitársele a estos profesionales, es absolutamente esencial que los Técnicos de Salud de cada Distrito, ejecuten y se les reconozca la responsabilidad que tienen en el desarrollo de sus funciones, de cara a realizar un análisis epidemiológico de la población de cada Distrito, una identificación de los niveles de salud en zonas pequeñas, y de participar activamente y como profesionales de primer orden, en la planificación de los proyectos estratégicos que el análisis anterior ponga de manifiesto en cada Distrito.

Los Técnicos de Epidemiología y Programas, los de Educación para la Salud y Participación Comunitaria, los de Salud Ambiental y los del Uso Racional del Medicamento, contribuirán al desarrollo estratégico de las áreas de trabajo integradas en:

- Programas de Prevención de la enfermedad, promoción de la salud y educación para la salud.
- Procesos Asistenciales Integrados
- Planes Integrales
- Enfermedades no transmisibles
- Enfermedades transmisibles
- Plan de Vacunaciones de Andalucía.
- Alertas Sanitarias
- Conocimiento e Investigación Epidemiológica
- Proyectos de Sanidad Ambiental
- Programa de Uso racional del medicamento
- Formación e Investigación en sus áreas de competencia.
- Gestión de la Calidad Asistencial
- Gestión y mantenimiento de los sistemas de información que soportan su actividad

Cada Distrito, deberá realizar un análisis epidemiológico del mismo, proponiendo medidas correctoras de la situación de salud identificada, poniendo en valor para ello, el conocimiento y las competencias profesionales que aportan en cada ámbito de su especialidad, los técnicos de salud del mismo. Este análisis epidemiológico de necesidades



específicas en materia de prevención de la enfermedad, protección y promoción de la salud será el soporte del desarrollo de líneas estratégicas para los años que recoge este Contrato-Programa.

## **2.1 DESARROLLAR LAS ESTRATEGIAS EN SALUD PARA LA REDUCCIÓN DE DESIGUALDADES.**

1. Los Distritos de Atención Primaria diseñarán y pondrán en marcha estrategias de acción intersectorial en consonancia con el objetivo 20 del III Plan Andaluz de Salud cuyo contenido es desarrollar una política de reducción de desigualdades sociales en salud, potenciando las intervenciones intersectoriales en el ámbito local para actuar sobre los determinantes y situaciones que generan desigualdades.  
  
Los Distritos de Atención Primaria diseñarán y pondrán en marcha estrategias de acción intersectorial en consonancia con el objetivo 21 del III Plan Andaluz de Salud cuyo objetivo es la atención preferente a las personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.
2. Los Distritos establecerán mecanismos para la detección de situaciones de riesgo social que pudieran resultar en desigualdades en el acceso a los servicios, implantando medidas de carácter informativo, formativo, organizativo o de intervención social para acortar en lo posible estas desigualdades.
3. Se impulsarán desde los Distritos las estrategias de captación activa para la mejora de la utilización de los servicios sanitarios en estos colectivos. Estas estrategias estarán dirigidas especialmente a la mejora de la cobertura de vacunación, promoción de la salud en la escuela, educación para la salud, salud maternal, detección precoz del cáncer, prevención de ETS, planificación familiar, riesgos asociados a las adicciones, hábitos de alimentación e higiene y salud mental.
4. A lo largo del 2008 los Distritos remitirán a la Subdirección de Coordinación de Salud información sobre las iniciativas sociosanitarias que se lleven a cabo en los centros. Desde esta Subdirección, se facilitará el acceso compartido a dicha información, durante el año 2008.
5. Los Distritos promoverán la elaboración conjunta de proyectos comunes entre centros sanitarios instituciones implicadas y ciudadanos, para facilitar la captación y el abordaje intersectorial de los problemas de salud: Proyectos de coordinación, protocolos de atención sociosanitaria, mesas de salud, foros, guías de recursos intersectoriales, informes de prioridad de Trabajo Social y otros instrumentos que mejoren la calidad de vida y el acceso a los servicios sanitarios de estas personas y/o colectivos.
6. Los Distritos facilitarán la flexibilidad horaria necesaria para la realización de actividades con la comunidad.
7. Especialmente, en relación con las desigualdades territoriales, desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria está en marcha una Estrategia de Intervención en Salud en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) que será apoyada desde el Distrito por el Epidemiólogo/a y el Técnico/a de Educación para la Salud y Participación Comunitaria.



Para el desarrollo de la Estrategia de Intervención en Salud en Zonas de Transformación Social, dependiendo de la situación de partida inicial de cada Distrito y del trabajo ya realizado hasta 2007, los Distritos desarrollarán las siguientes líneas de trabajo:

- **IDENTIFICACIÓN DE ZONAS DE RIESGO SOCIO SANITARIO.** Los Distritos, tanto los que actualmente tienen declaradas ZNTS, recogidas en la Resolución 1069/06 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, sobre Zonas Geográficas Preferentes para la Intervención Social en Salud, como los que no las tienen declaradas, identificarán el riesgo socio sanitario a través de la realización de mapas de riesgo, con el objeto de detectar nuevas zonas donde converjan situaciones de exclusión social. Junto con el mapa de riesgo, si es necesario, se diseñará el Plan de Intervención oportuno.
  
- **PLAN DE INTERVENCIÓN.** Los Distritos impulsarán y apoyarán la realización de Planes de Intervención para las zonas de riesgo social pendientes de identificar, y para las ya identificadas como de Zona de Transformación Social, priorizando las actuaciones en estas últimas. El contenido del Plan de Intervención desarrollará los aspectos recogidos en el Anexo XVII.

## **2.2 MEJORA DE LOS SERVICIOS DE DISPENSACIÓN DE METADONA EN LOS CENTROS SANITARIOS Y DE LOS CUIDADOS PARA LAS PERSONAS CON ADICCIONES.**

Los Distritos de Atención Primaria participarán activamente en la realización de un estudio de los modelos de actuación específicos dirigidos a personas incluidas en el programa de dispensación de metadona y remitirán la información relativa a los indicadores relativos de SIGAP de dicho programa.

Se incorporará en la atención elementos de personalización, que añadan valor y fomenten la confianza del paciente en el servicio, garanticen la confidencialidad y un plan asistencial orientado a la resolución de problemas, mediante la intervención y/o coordinación, en su caso, con otros servicios o sectores.

Los profesionales del EBAP, elaborarán estrategias que aborden los problemas de salud de las personas con adicciones, desde un enfoque multidisciplinar, que integre el apoyo al programa de reducción de daños y riesgos para reducir la morbilidad y mortalidad, previniendo enfermedades infectocontagiosas y mejorando la calidad de vida, incrementando la accesibilidad y el contacto con la red asistencial.

## **2.3 SEGURIDAD ALIMENTARIA Y SALUD AMBIENTAL**

### **2.3.1 Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental**



El Distrito suscribirá un **acuerdo de gestión** anual con la Unidad de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental, de acuerdo con el modelo propuesto por la Dirección General de Asistencia Sanitaria. (Anexo VI)

### **2.3.2 Priorización de Actividades**

Para dar respuesta a la cartera de servicios del Distrito con los recursos humanos disponibles, la organización funcional de las unidades de trabajo responderá al siguiente esquema, siguiendo las líneas estratégicas marcadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

- Servicios de control permanente establecidos por norma de rango legal.
- Alertas alimentarias y/o ambientales.
- Programas y planes dictados por la Dirección General de Salud Pública y Participación.
- Actividades a demanda en el marco de las competencias del Distrito. (En este epígrafe se incluye la atención a los ciudadanos).
- Actuaciones desarrolladas en el marco del III Plan Andaluz de Salud y II Plan de Calidad
- Tareas relacionadas con los sistemas de información

En el año 2008 se dejarán de realizar aquellas tareas que no siendo competencia del Distrito, se vienen desarrollando por acuerdo con otros Organismos o Instituciones. En todo caso, en aquellas situaciones puntuales donde la dotación de recursos humanos lo permita y el Distrito tenga un claro interés, previa autorización de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se podrán seguir prestando estos servicios.

### **2.3.3 Control Oficial**

2.3.3.1 Los Distritos priorizarán las medidas intersectoriales necesarias para garantizar la aplicación de la normativa sobre **prevención y control de la legionelosis**.

2.3.3.2 Los Distritos llevarán a cabo las directrices marcadas por la Consejería de Salud en relación al programa de control de **aguas de consumo humano**.

2.3.3.3 Los Distritos participarán en los grupos de trabajo de evaluación y seguimiento previstos en el **Plan de Supervisión** de Sistemas de Autocontrol, constituidos por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud.

2.3.3.4 Los Distritos desarrollarán los nuevos **Planes de Control** de Riesgos Biológicos y Químicos en la Cadena Alimentaria de carácter anual, diseñados por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, en función de los riesgos asociados al consumo de alimentos y de los resultados de los planes de control de años anteriores.

### **2.3.4 Mapa de riesgos**

- 2.3.4.1 Durante el año 2008, los Distritos realizarán la **evaluación del riesgo** en el ámbito de la salud ambiental y la seguridad alimentaria, basada siempre en el mejor conocimiento científico disponible.
- 2.3.4.2 Los Distritos elaborarán un **mapa de riesgos** alimentarios y ambientales de su ámbito con la metodología planteada por la Subdirección de Coordinación de Salud.

### **2.3.5 Sistemas de información, comunicación y gestión del conocimiento**

- 2.3.5.1 Los Distritos remitirán los datos incluidos en el **SIGAP** a la Subdirección de Coordinación de Salud en los plazos establecidos, utilizando como soporte la base de datos diseñada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- 2.3.5.2 Los Distritos implantarán el **SIGIA**, en la medida que lo permita la conexión de los equipos informáticos a la red.
- 2.3.5.3 Los Distritos promoverán y garantizarán la **generación e intercambio de conocimiento** en la organización sanitaria, de forma que se aporte valor a la misma y a cada uno de sus actores clave.
- 2.3.5.4 Los Distritos continuarán impulsando una cultura de **toma de decisiones** basada en las mejores evidencias disponibles.
- 2.3.5.5 Los Distritos participarán en las actividades del **Plan de Formación** elaborado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- 2.3.5.6 Los Distritos potenciarán la incorporación de las Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental a las **estructuras de investigación** existentes.
- 2.3.5.7 Los Distritos impulsarán, en el marco de los **convenios específicos** que se firmen con las Universidades andaluzas, la colaboración en materia de investigación sanitaria y en metodología docente en ciencias de la salud.

### **2.3.6 Calidad**

- 2.3.6.1 Los **procedimientos administrativos** relacionados con el ámbito de la protección de la salud, se deben adaptar al ciudadano desde la perspectiva de la personalización de la atención, en el marco elaborado por la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud mediante reingeniería de procesos.
- 2.3.6.2 Durante el periodo 2005 – 2008, los Distritos garantizarán la calidad de las actuaciones en protección de la salud mediante la introducción de estrategias de **gestión por procesos**.
- 2.3.6.3 En el marco del II Plan de calidad, se elaborará un **manual de Calidad** de los Servicios de Protección de la Salud y habrán de quedar constituidos la totalidad de los **grupos de trabajo** que realizarán los Procedimientos Normalizados para las actuaciones definidas.



### **2.3.7 Red de alerta**

2.3.7.1 Las Unidades de Seguridad Alimentaria y Salud Ambiental de los Distritos participarán de forma activa en la **red de alerta de Salud Pública**.

2.3.7.2 Los Distritos continuarán la implantación del **Sistema Integral de Alertas**.

### **2.3.8 Coordinación municipal**

La Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, a través de las Delegaciones y Distritos, articularán planes para la coordinación de los recursos y servicios de Salud Pública con los Ayuntamientos.

2.3.8.1 Se deberán establecer medidas y criterios de coordinación, colaboración y comunicación, con los Ayuntamientos, para la totalidad de planes y actuaciones que el ámbito de la Promoción y Protección de la Salud se ejecuten en el marco municipal.

2.3.8.2 Se establecerán, con los Ayuntamientos, medidas para la implantación y actualización del Registro de Instalaciones de Riesgo como fuente de legionelosis.

2.3.8.3 Se establecerán protocolos de coordinación con Ayuntamientos excepcionados (Granada, Málaga y Sevilla).

## **2.4 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Se continuará apoyando el desarrollo de la planificación familiar, mejorando la cobertura de este servicio, especialmente en los colectivos de mayor riesgo.

Se ofrecerá a la población que lo solicite anticoncepción de urgencia, y se le facilitará asesoramiento sobre anticoncepción.

Se procederá a la atención, de manera especial, al embarazo y puerperio según la sistemática recogida en el proceso asistencial.

El Distrito difundirá la Guía de Reproducción Humana Asistida en el Servicio Andaluz de Salud entre sus profesionales, de manera que sirva de apoyo en el proceso de información a los ciudadanos que consultan por problemas de fertilidad.

## **2.5 PLAN DE VACUNACIONES DE ANDALUCÍA**

El Distrito garantizará que se aplica el calendario vacunal vigente en Andalucía en sus centros e incorporará las modificaciones que se produzcan; asegurando la cobertura de la población diana para lo que establecerá estrategias de captación activa haciendo especial hincapié en la población más vulnerable y en situación de exclusión social

En el año 2008 la cobertura vacunal deberá alcanzar un mínimo del 96% de vacunación completa, según el calendario vacunal infantil vigente.

Las vacunaciones que se deben realizar a los niños de 6, y 14 años se ofertarán en el ámbito escolar como método adecuado para aumentar la captación de vacunados de esos niños, (1º y 2º de ESO). Respecto a la vacunación frente a la varicela (niños de 12 años con indicación de vacunación), se recomienda la captación de los niños en la escuela, aunque la vacunación podría realizarse en el punto de vacunación si se considera más eficiente.

El Distrito pondrá los medios para alcanzar la cobertura de vacunaciones no sistemáticas que se fijan en el anexo correspondiente, especialmente para los colectivos de mayor riesgo, y procurando conseguir la vacunación completa en las vacunas que requieren más de una dosis: tétanos, difteria y hepatitis B.

La población diana de la vacunación antigripal será la definida por el Consejo Interterritorial del SNS para la campaña 2008-2009. Se prestará especial atención y apoyo a los profesionales que pertenecen a la red de médicos centinela de la gripe, poniendo a su alcance los medios necesarios para llevar a cabo su labor.

## **2.6 ATENCIÓN A POLIMEDICADOS**

El Distrito realizará un especial seguimiento de los pacientes polimedicados (según criterio fijado en la oferta de servicios de Atención Primaria) y se establecerá un procedimiento de trabajo, en el que se incluirá la colaboración de la atención hospitalaria, para analizar la idoneidad de la medicación y pautas de tratamiento de estos pacientes.

## **2.7 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

### **2.7.1 Brucelosis**

A lo largo del 2008 los Distritos de Atención Primaria continuarán aplicando el Programa de Atención a la Brucelosis. Así mismo se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad contenidas en el mismo.

### **2.7.2 Tuberculosis**

A lo largo del 2008 los Distritos continuarán desarrollando la atención a la tuberculosis mediante :

- Búsqueda activa y estudio de contactos
- La monitorización del tratamiento para lograr la finalización en el mayor número posible.
- Elaboración junto con el hospital de referencia de planes específicos de acción en zonas de alta prevalencia.

En los casos bacilíferos se asegurará el seguimiento clínico y la adopción de medidas de aislamiento domiciliario hasta su negativización

### **2.7.3 VIH/SIDA**

A lo largo de 2008 se seguirá trabajando en la atención al VIH/SIDA según las indicaciones establecidas en el documento elaborado por el grupo de procesos. Así mismo, se tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad contenidas en el mismo.

### **2.7.4 Plan de eliminación del sarampión**

A lo largo de 2008 el Distrito desarrollará las estrategias y acciones contempladas en el Plan de Eliminación del Sarampión, para conseguir su erradicación.

## **2.8 RED DE ALERTAS DE SALUD PÚBLICA**

Durante el año 2008, los Distritos de Atención Primaria continuarán con la red de atención a las alertas de Salud Pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se garantizará, mediante la participación de los profesionales seleccionados en cada Distrito, la respuesta a todo fenómeno potencial de riesgo para la salud de la población andaluza y / o trascendencia social, frente a la que sea necesario el desarrollo de actuaciones urgentes y eficaces

## **2.9 ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

A lo largo de 2008 todos los centros del Distrito continuarán adoptando los protocolos desarrollados en el Plan de atención a las víctimas de los malos tratos y violencia de género. Así mismo, tomarán las medidas oportunas para proceder a su evaluación según las normas de calidad e indicadores contenidos en el mismo.

- Se irá desarrollando un protocolo específico de detección precoz y atención a mujeres que sufren maltrato y/o agresiones sexuales que incluya la derivación a los servicios especializados que se requieran, tomando como base el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- Registro en historia clínica de sospecha y de las actuaciones con la mujer, respetando la confidencialidad.
- Notificación al Juzgado mediante parte de lesiones e informe clínico cuando sea preceptivo.
- Registro de nº partes y evaluación semestral.

## **2.10 ACTUACIÓN SANITARIA EN LOS CASOS DE MALTRATO A MENORES**

A lo largo de 2008 todos los centros del Distrito continuarán adoptando los protocolos de detección y valoración de riesgo de maltrato a menores en coordinación con los distintos programas y servicios de salud, según se define en la oferta de servicios.

- Complimentación del parte de lesiones e informes clínicos cuando sea necesario, reflejando las lesiones físicas y el estado psicológico y HOJA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL (Orden de 23 de junio de 2006 por la que se aprueban los modelos de la hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil. (BOJA núm. 130 de 7 de julio), . La cumplimentación de esta hoja no exime de la emisión del perceptivo parte de lesiones cuando se considere necesario.
- Registro de nº partes y/o nº de casos detectados y evaluación semestral.

## **2.11 ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS INMIGRANTES**

La población inmigrante presenta aspectos sociales y demográficos muy heterogéneos según la zona geográfica donde está ubicada, sobre todo por la edad, el sexo, la nacionalidad de origen y la situación de normalización documental.

Por ello el Distrito:

- Adecuará la atención sanitaria que presta a este grupo de población a las características diferenciadoras citadas según el centro sanitario.
- Contribuirá a proporcionar la información necesaria sobre la accesibilidad al sistema sanitario de todas las personas inmigrantes, en especial a aquellas que se encuentran en situación no normalizada, derivando al Distrito de Atención Primaria para la emisión del Documento de Reconocimiento Temporal a la Asistencia Sanitaria.
- Ofertará la atención de los diferentes programas de salud, especialmente de aquellos centrados en la familia, la mujer, los niños y los adolescentes.

El Distrito registrará toda la información relativa a la asistencia sanitaria prestada a esta población – en particular la cubierta por el Documento de Reconocimiento Temporal – y la suministrará a la Dirección General de Asistencia Sanitaria con la periodicidad que se determine.

## **2.12 ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS JÓVENES**

A lo largo de 2008 todos los Distritos aplicarán las acciones sanitarias priorizadas en el Plan de Atención a los Problemas de Salud de los Jóvenes, y una implantación progresiva del programa “Aprende a sonreír” en los centros de educación infantil y/o primaria.

Se trabajará de forma conjunta y ágil con los centros educativos de la zona para la implementación del programa “Forma Joven”, prestando la colaboración activa y eficaz que necesitan los centros educativos para conseguir los objetivos del programa.

Asimismo se desarrollarán medidas con la comunidad educativa en otros aspectos de promoción de la salud, conductas de riesgo, trastornos de la conducta alimentaria, etc.



### 3. ÁREA DE ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

#### 3.1 ACCESIBILIDAD

El Distrito de Atención Primaria garantizará la accesibilidad de los ciudadanos a todos los servicios. Para ello, debe potenciar el trabajo en equipo de todos sus profesionales; debe fortalecer la interrelación y la complementariedad en cuanto a competencias profesionales, conocimientos y responsabilidad, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad de los servicios de Atención Primaria para los ciudadanos.

Debe desarrollar un modelo compartido y cohesionado del trabajo de los profesionales en su actividad asistencial, planificando estrategias específicas en dos escenarios: en el Centro de Salud y en el domicilio. Para ello, se potenciarán las medidas organizativas que sean necesarias, incluidas la gestión de las agendas de médicos y enfermeras, contemplando de forma individualizada los tiempos de consulta y su interrelación. Debe poner en marcha y/o potenciar las siguientes medidas:

✓ Consulta de acto único

Entendida como “aquella que permitirá que, en el mismo día, el paciente sea visto, se le realicen las correspondientes pruebas diagnósticas, se le proporcione un diagnóstico e incluso una propuesta terapéutica cuando sea necesario”.

El acto único imprime agilidad al proceso de atención al paciente. Es imprescindible que cada unidad adapte esta definición a su entorno - de acuerdo con los servicios que presta- y la haga explícita.

✓ Tiempos de espera

La accesibilidad es uno de los factores que más influye en la calidad de los servicios sanitarios; es uno de los pilares de gestión al que debemos dirigir las estrategias que sean necesarias para mejorar la percepción que los ciudadanos tienen de los servicios que prestamos.

En el campo de la accesibilidad, el Distrito, garantizará que no existan demoras en la asistencia sanitaria de los ciudadanos por parte de los médicos y enfermeras y pondrá en marcha las medidas organizativas y formativas necesarias.

Se define la demora como la diferencia entre el día solicitado por el ciudadano y la cita obtenida en el Centro de Atención Primaria. Se considera que existe demora, cuando esta diferencia sea superior a 24 horas.

El Distrito, velará por que los profesionales, tengan unas Agendas que garanticen la posibilidad de acceder el ciudadano cuando lo solicite y que se le dedique el tiempo necesario para la resolución de su problema de salud.

El Distrito, garantizará la accesibilidad a la atención urgente, la calidad del triage y los tiempos de respuesta, en base a las prioridades establecidas según los protocolos de Coordinación de la Asistencia Extrahospitalaria Urgente y Emergente del SSPA.



✓ Técnicas de gestión de la demanda.

El Distrito tendrá como una de sus prioridades, la formación de sus profesionales en el manejo de las herramientas existentes para la gestión de la demanda, para lo cual debe conseguir que todos los profesionales se formen durante el periodo 2005-2008 y la elaboración de planes de actuación dirigidos a la consecución de los objetivos de accesibilidad.

Entre los objetivos de esta dimensión se encuentra la adecuación de la Frecuentación de los pacientes a los Centros de Salud.

✓ Sectorización

El Distrito tenderá a la sectorización geográfica de los cupos de ciudadanos adscritos a efectos de la asistencia sanitaria a los médicos y enfermeras de los centros de atención primaria. En este sentido se procederá a sectorizar los cupos médicos para aproximarlos a la organización territorial de la enfermería y obtener de esta manera una más intensa labor de equipo. El proceso administrativo de cambio de profesional adscrito se intensificará cuando se produzca un cambio de médico o enfermera por cuestiones de traslados, oposiciones u otras razones administrativas.

### **3.2 ACCESIBILIDAD EN EL ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS Y PROCESOS DIAGNÓSTICOS**

El Decreto 96/2004 regula los plazos de garantías de respuesta en atención a determinados procesos asistenciales y procedimientos diagnósticos, así como a las primeras consultas especializadas, en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. El cumplimiento de estos plazos constituye un reto que obliga a los Distritos y Hospitales a intensificar la colaboración

Este nuevo escenario otorga al Acuerdo anual entre los Distritos y Hospitales y a su cumplimiento una importancia estratégica. El Acuerdo se realizará conforme a las instrucciones que se especifiquen desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria, siguiendo el modelo de Acuerdo que se adjunta (Anexo VII).

El Distrito fijará con el Hospital para el año 2.008 su demanda de primeras consultas para cada especialidad teniendo en cuenta la prevalencia de las distintas patologías, los flujos poblacionales, los datos históricos de frecuentación y los estándares estimados por especialidad y 1.000 TAEs. Este Acuerdo será revisado continuamente por la comisión de Continuidad Asistencial.

El Distrito se compromete a que su demanda no supere el nivel de consultas fijado, y los estándares que se han marcado, para lo cual pondrá en marcha y/o reforzará las medidas reflejadas en el Plan de Racionalización de la Demanda de Interconsultas que deberá mantener actualizado en todo momento, en función de los resultados y de la evaluación continua.



El Distrito, por medio de Comisiones de Calidad (a nivel del Distrito, Unidad de Gestión Clínica o ZBS), debe evaluar la pertinencia de las derivaciones, promover la implantación de Grupos de Mejora y detectar déficit de conocimientos y/o habilidades de sus facultativos y poner en marcha un plan de formación específico.

El Distrito implantará junto con el Hospital de referencia, el Comité de Mejora, para seguimiento y control de las derivaciones desde Atención Primaria.

El Distrito se responsabilizará de que todas las consultas solicitadas desde los profesionales de Atención Primaria de su Distrito, sean tramitadas lo más pronto posibles, asignándole citas en las agendas de las especialidades o difiriéndola al Hospital, para su posterior citación desde éste.

Los operadores de DIRAYA en Atención Primaria sólo podrán generar solicitudes con CNPs de facultativos de AP y únicamente con las tareas de Primera Consulta procedente de AP y Acto Único procedente de AP.

Los operadores de DIRAYA en Atención Hospitalaria sólo podrán utilizar solicitudes generadas con CNPs de FEAs y no generarán solicitudes de PCAP ni de consultas de Acto Único procedentes de AP. No obstante, para subsanar errores cometidos en las solicitudes de AP, se creará un perfil en Atención Hospitalaria que podrá utilizar solicitudes con CNPs de Facultativos de AP. Este perfil será autorizado por la Dirección Regional de Producto Asistencial.

### **3.3 GESTIÓN CLÍNICA**

A lo largo de 2008, el Servicio Andaluz de Salud continuará impulsando el desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica existentes y la creación de otras nuevas.

La gestión clínica constituye tanto una herramienta para impulsar la mejora de la calidad en la atención sanitaria en el SSPA como el ámbito idóneo donde implantar las políticas y objetivos estratégicos de la organización. Una de sus principales características es que permite dotar al profesional de una mayor autonomía organizativa y paralelamente de una mayor responsabilidad en la gestión de los recursos.

Bajo la filosofía de Gestión Clínica se abordan de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación. Los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la ciudadanía, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, un modelo de práctica integrado y participativo, así como el uso de herramientas que disminuyan la variabilidad de la práctica clínica (guías de práctica clínica, trayectorias clínicas, revisión sistemática de la literatura, metodología de uso adecuado de fármacos y tecnología sanitaria, análisis de coste-utilidad y coste-efectividad, medición de resultados, satisfacción del usuario, etc).

Con esta perspectiva, el modelo de gestión clínica puesto en marcha mediante la creación de **Unidades de Gestión Clínica (UGC)** en los diferentes centros del Servicio Andaluz de Salud pone el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, fundamentándose en el fomento del liderazgo clínico la incorporación de la opinión del ciudadano, la transparencia y el impulso de la investigación y el desarrollo.

**El Acuerdo de Unidades de Gestión Clínica** (Anexo VIII) es el documento que formaliza el compromiso de los profesionales con la Dirección de su Distrito. Se trata de un documento que ha de servir como marco para recoger las líneas estratégicas de la Organización y permitir a las diferentes unidades de gestión clínica ver reflejados sus elementos comunes y sus rasgos distintivos para que puedan verse reconocidas. Este Acuerdo de UGC tiene una vigencia de 4 años y supone la autorización de la unidad por dicho lapso de tiempo. Sus tres apartados fundamentales son:

- **Descripción de la UGC**, en él cada unidad debe definir “qué es” y “qué hace”, prestando especial atención a los principales problemas de salud que atiende, al tipo de pacientes y familiares, a otros profesionales con los que ha de establecer colaboraciones para desempeñar correctamente su labor y a los recursos con los que cuenta.
- **Objetivos**, en éste apartado los objetivos se agrupan en las siguientes dimensiones: Actividad, oferta de servicios y accesibilidad, seguridad del paciente, indicadores clínicos, disminución de la variabilidad de la práctica clínica y normas de calidad de los Procesos Asistenciales Integrados, orientación a los ciudadanos y medida de la satisfacción, adecuación de la prescripción y consumo de fármacos, continuidad asistencial, gestión económica, prevención de la enfermedad, promoción y protección de salud y gestión del conocimiento. Con la selección de los objetivos la UGC establece “qué se propone mejorar”, dentro del marco de las líneas y objetivos estratégicos de la organización sanitaria pública (Contrato-Programa, Planes Integrales, Planes Horizontales de Gestión, Procesos Asistenciales Integrados, etc.). Tales objetivos deben ser ambiciosos pero alcanzables, medibles y deben reflejar fielmente la práctica asistencial.
- **Evaluación**, En el acuerdo debe definirse el tipo de metodología que se empleará para medir los resultados obtenidos de cada uno de los aspectos donde se hayan fijado objetivos y cuáles son sus fuentes de información. La evaluación de objetivos es anual.

La Dirección de Distrito debe remitir a la DGAS, una vez ratificados y firmados por su titular, los acuerdos de gestión de las nuevas UGCs. Remitirá también los objetivos para 2008 de las UGCs existentes, junto a la evaluación de los objetivos del ejercicio 2007. El plazo terminará el 29 de Febrero de 2008.

La autorización y consolidación de Unidades de Gestión Clínica exige que desde los equipos directivos se asegure el soporte necesario para facilitar el desarrollo del Acuerdo de Gestión Clínica (niveles de accesibilidad, calidad de los sistemas de información, grado de implantación de procesos asistenciales, gestión económica, gestión del conocimiento y otros). Se trata de facilitar los mecanismos que posibiliten la transferencia de niveles de decisión y de corresponsabilidad a las Unidades de Gestión

Clínica. En este sentido es de especial relevancia el avance decidido en el uso y explotación de los sistemas de información y en el desarrollo de los presupuestos clínicos.

En general, el equipo directivo del Distrito, en el ámbito de las UGC debe:

- Valorar y decidir qué UGCs deben constituirse en sus Distritos
- Transmitir la promoción de la cultura de gestión clínica.
- Colaborar en la preparación y desarrollo de aquellas actividades formativas que la DGAS programe en el área de gestión clínica.
- Facilitar los apoyos a las actividades formativas de régimen interno que programen para sus profesionales las direcciones de las UGCs de su Distrito.
- Participar activamente en las reuniones de consenso e identificación de áreas de mejora por tipo de UGC y el resto de iniciativas relacionadas.
- Participar y coordinar el proceso de evaluación anual de las UGCs del Distrito, así como remitir los resultados del mismo antes del 29 de Febrero a la DGAS.
- Sugerir aquellas mejoras en la fiabilidad, equidad y homologación en los sistemas de registro, recogida de datos o información locales, que se consideren necesarios para evaluar indicadores de sus UGCs que lo precisen para su medición.

### **3.4 GESTIÓN POR PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO**

La Gestión por Procesos asistenciales integrados constituye, junto a la gestión clínica, una herramienta básica de trabajo para garantizar la calidad de las prestaciones en el SSPA. Su desarrollo en el Sistema Andaluz de Salud, avala la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria

El Distrito en coordinación con el Hospital continuará desarrollando las líneas de actuación iniciadas en años anteriores y deberá tener implantado un mínimo de 22 procesos asistenciales a finales de 2008. Los Procesos de nueva incorporación acordados en el presente Contrato, deberán estar en fase 1 al finalizar el año. Los criterios de priorización se establecen en las tablas 1 y 2. Estos procesos se deberán implantar siguiendo la metodología contemplada en la Guía de diseño y mejora continua de Procesos del SSPA, y las directrices dadas desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

El Distrito junto con el Hospital deberá articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en las comisiones de Continuidad Asistencial, fijando un calendario anual de reuniones con actas que recojan los temas abordados y acuerdos alcanzados.

El Distrito junto con el Hospital, participará en los Grupos de Desarrollo de Procesos que deberán constituirse en el área hospitalaria, con profesionales de ambos niveles asistenciales, para la implantación de cada uno de los procesos asistenciales priorizados. Cada Grupo de Desarrollo, realizará, previo a su implantación, un análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI (según el modelo

estandarizado del Anexo II), la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), el plan de implantación en el área hospitalaria y el plan de apoyo para la evaluación y mejora continua de calidad del proceso asistencial. A través de las correspondientes actas, los Grupos de Desarrollo, recogerán los temas abordados y acuerdos alcanzados en cada reunión.

El Distrito, incentivará y facilitará la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales en el área hospitalaria.

Dentro del plan de formación para 2008, el Distrito incorporará las necesidades de formación para cada proceso asistencial así como el calendario de reuniones previstas. Este plan de formación deberá ir unido al plan de comunicación interna de toda la línea de desarrollo de proceso.

El Distrito incorporará en los Contratos de Gestión de sus Unidades y Centros, objetivos de desarrollo y resultado de procesos asistenciales integrados, de aquellos que tiene implantados en su Área.

El Distrito asegurará, al menos, las coberturas mínimas en los procesos asistenciales integrados recogidos en el índice sintético de cartera de servicios.

**Tabla: 1**

**PROCESOS ASISTENCIALES OBLIGATORIOS PARA SU IMPLANTACIÓN**

. Asma infantil	. Cáncer de Pulmón
. Asma del adulto	. Cuidados Paliativos
. Ataque cerebrovascular	. Dolor Torácico
. Cáncer de Cérvix/Útero	. Diabetes
. Cáncer de mama	. Embarazo, parto y puerperio
. HBP/Cáncer de Próstata	. EPOC
. Cáncer Colorrectal	. Insuficiencia cardiaca
. Cáncer de piel	. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal*
. Disfonía/Cáncer de Laringe	

\*Solamente para aquellos Hospitales/Distritos Sanitarios que realicen actividades correspondientes a este Proceso

**Tabla: 2**

**PROCESOS ASISTENCIALES PRIORITARIOS PARA SU IMPLANTACION**

. Amigdalectomía/adenoidectomía	. Fiebre de duración intermedia
. Anemia	. Fractura de cadera
. Ansiedad, Depresión, Somatización	. Hemorragias uterinas anormales
. Arritmias	. Hernias de pared abdominal
. Artroplastia de cadera	. Hepatitis víricas
. Artrosis de cadera y rodilla	. Insuficiencia venosa crónica
. Atención a la caries dental y a las inclusiones dentarias	. Red de bancos de tumores de Andalucía (sería solo en hospital)
. Atención al Paciente Pluripatológico	. Otitis
. Atención Temprana	. Riesgo Vascular

. Catarata	. Síndrome febril en el niño
. Cefaleas	. Trasplante cardiaco
. Colelitiasis/colecistitis	. Trasplante hepático
. Demencia	. Trasplante pulmonar
. Disfunción tiroidea	. Trastorno de la conducta alimentaria
. Dispepsia	. Trauma grave
. Dolor Abdominal	. Trastorno mental grave
. Dolor crónico no oncológico	. VIH/SIDA
. Fibromialgia	

**Tabla: 3**

PROCESO DE SOPORTE PARA SU IMPLANTACION
-----------------------------------------

.Hemoterapia	.Nutrición clínica y dietética
.Bloque quirúrgico (para hospitales)	.Técnicas de imagen
.Laboratorios Clínicos	

3.4.1 **Los procesos priorizados para su implantación, deben elegirse de la siguiente manera:** Obligatorios: Procesos Incluidos en el Decreto 96/2004 de garantía de plazo de respuesta (Boja nº 62, 30 de Marzo), planes integrales, alta prevalencia y grupos de especial atención. **Se deberán incluir todos.**

De la tabla 2, se deberán escoger como mínimo 5 procesos considerados prioritarios según las necesidades de salud detectadas en su zona

### 3.4.2 Normas básicas de calidad por proceso. Cumplimiento y Evaluación

En una nueva fase del desarrollo de líneas de evaluación de los Procesos Asistenciales Integrados que se inicia para el periodo 2005-2008 vamos a considerar nuevos elementos de evaluación. De esta manera, en la implantación de los procesos se considerarán dos fases, que condicionarán distinta evaluación:

- Fase 1: Aquellos incorporados como nuevos en el contrato 2008, existencia de anexo II (análisis de situación) y arquitectura 4 (adaptación local del proceso).
- Fase 2: para los ya implantados en años anteriores, se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de normas de calidad

A medida que avancemos en el periodo 2005-2008 iremos tendiendo no tanto a un aumento progresivo del número de procesos implantados como de un incremento de los resultados de los indicadores de normas de calidad y coberturas.

El Distrito en el año 2008 adoptará las medidas oportunas para aumentar la calidad de la atención prestada a través de la gestión por procesos para lo que garantizará que al menos se hagan efectivas las Normas Básicas de Calidad definidas en los procesos asistenciales y adoptará las medidas necesarias para evaluar su cumplimiento. El Distrito



garantizará que al menos con carácter semestral la información sobre cobertura y normas de calidad, esté disponible en estos SSCC, así como que será distribuida a los profesionales de sus centros para poder llevar a cabo su autoevaluación.

Con carácter semestral el Distrito elaborará el cuadro de mando para el seguimiento del cumplimiento de normas de calidad, estableciendo las estrategias de mejora según los resultados obtenidos. Al menos se realizará para diez procesos asistenciales, entre los que se deben encontrar los incluidos en el índice sintético de servicios.

La información que no esté centralizada (centros TASS o alguno de los indicadores que deben realizarse mediante auditoría) y los cuadros de mando deberán remitirse a la DGAS (Subdirección de Coordinación de Salud, Unidad de Coordinación de Procesos Asistenciales) antes del 15 de julio del 2008 y antes del 20 de enero del 2009, para poder realizar el seguimiento adecuado de los mismos.

En el Anexo X se detallan los indicadores que corresponden a las normas de calidad de los procesos asistenciales integrados, así como el valor porcentual de cumplimiento de cada uno, contruidos a partir de los resultados obtenidos en evaluaciones de objetivos específicos de UGCs y resultados de cuadros de mando conjunto AP-AH

### **3.4.3. Cumplimiento de objetivos**

La evaluación de los objetivos se basará en unos criterios mínimos para poder adjudicarle a cada una de las áreas una función valor. En el año 2008 se evaluará la cobertura del proceso en función de una población umbral mínima y el cumplimiento de las normas de calidad de al menos los veintidós procesos comprometidos en los acuerdos de colaboración del año 2008.

Los objetivos se medirán por dos parámetros, el número de procesos implantados (50% de peso total) y la realización del cuadro de mando (50% del peso total) (Anexo IX)

### **3.4.4. Desarrollo de grupos de mejora**

El Distrito en colaboración con el Hospital impulsará a lo largo del año 2008, el desarrollo de grupos de mejora y de otras estructuras informales de calidad de carácter local e internivel como elementos de soporte y apoyo a la estrategia de calidad, según se establece en la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrales del SSPA.

Tras la evaluación de los cuadros de mando del Distrito y del Hospital diseñarán estrategias de mejora para aquellos aspectos, que no alcancen los objetivos establecidos en el Área Sanitaria, garantizando en todo momento la continuidad asistencial Serán responsables igualmente, de la adaptación de los procesos en los casos en que el grupo de referencia autonómico establezca modificaciones en alguno de los procesos asistenciales.



### **3.4.5. Plan de comunicación**

El Distrito, en colaboración con el Hospital en los aspectos comunes, elaborará un plan de comunicación tanto interno como externo para difundir entre los profesionales implicados, toda la información relacionada con la implantación de los procesos asistenciales (documentación, formación, arquitectura nivel 4, y aspectos metodológicos y organizativos).

## **3.5 PERSONALIZACIÓN Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

La Continuidad Asistencial es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con un objetivo de resultado final común: la mejora de la salud del ciudadano.

La continuidad asistencial es entendida por tanto, como un elemento esencial, que añade valor a las prestaciones sanitarias que el Sistema Sanitario Público de Andalucía proporciona, para poder garantizar una asistencia de calidad.

A lo largo del periodo 2006-2008, la Dirección General de Asistencia Sanitaria, elaborará un plan marco de Calidad que garantice la continuidad asistencial en el SSPA. Este Plan marco de calidad, será la base del plan de calidad específico de cada Área Hospitalaria y Distrito/s de Atención Primaria correspondientes. El Plan marco, recogerá las líneas estratégicas a plantear en los próximos contratos-programa. Para su elaboración, se contará con la participación de profesionales y directivos y su objetivo será estructurar ampliar y desarrollar, todas las acciones que en el contrato-programa actual persiguen los objetivos de continuidad asistencial para los pacientes. Dicho documento estratégico recogerá además de las líneas estratégicas, el sistema de información y cuadro de mando que evaluará la continuidad asistencial en el SSPA.

El instrumento mediante el cual el Distrito y el Hospital materializan la continuidad asistencial, es el Acuerdo de Gestión Distritos-Hospital (Anexo VII).

### **3.5.1. Personalización**

La Personalización es una condición que favorece garantizar una Atención Primaria centrada en la ciudadanía. Mediante ella se busca que la atención tenga como características fundamentales, la longitudinalidad, y la integralidad.

La personalización de la atención consiste en que un mismo médico y una misma enfermera, con la colaboración de todo el equipo de Atención Primaria, atiendan todos los problemas del paciente tanto en el centro como en el domicilio. Es un elemento para la mejora de la continuidad asistencial.

El Servicio Andaluz de Salud seguirá potenciando la reordenación de la atención hacia un modelo organizativo basado en la personalización de los servicios, estableciendo vínculos estables y continuados entre profesionales y su población adscrita, sin que el nivel asistencial o la estructura organizativa se convierta en un obstáculo.

El Distrito debe promover, de forma coordinada, todas las acciones necesarias para que la organización funcional de los Centros de Salud permita dar respuesta a la atención personalizada, tanto en el centro como en el domicilio. Permitiendo conocer mejor el ámbito familiar, personalizando la asistencia en el núcleo familiar estableciendo vínculos con los pacientes y sus familias.

A lo largo del periodo 2005-2008, la mayoría de los procedimientos asistenciales, tanto diagnósticos como terapéuticos, y las actividades de prevención y promoción de salud estarán personalizados; dispensarizándose sólo aquellos servicios que por su naturaleza no necesitan la personalización y aquéllos otros que por razones de formación, competencia o dotación de recursos no pueden ser organizados de una manera personalizada.

Para facilitar la organización de la asistencia en base a la personalización se tenderá a concentrar de forma racional en sectores geográficos el cupo de pacientes adscritos a los profesionales, sin menoscabo en ningún caso de los derechos de los ciudadanos, y en particular del derecho a la libre elección de facultativo y centro. Para posibilitar esta sectorización los Distritos deberán realizar las modificaciones necesarias en la base de datos de usuarios, utilizando las funciones y aplicaciones específicas que GADU contemplará para ello, fundamentalmente en los momentos en los que se produzcan cambios de médicos como consecuencias de traslados, oposiciones u otras razones administrativas.

### **3.5.2. Personas Cuidadoras familiares**

El Sistema Sanitario Público de Andalucía establece, entre sus objetivos, potenciar la atención domiciliaria de forma que el paciente pueda permanecer en su domicilio en compañía de su familia el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles.

Atendiendo a esta situación, el sistema sanitario debe desarrollar programas específicos que proporcionen ayudas a las personas cuidadoras familiares e igualmente facilitar medidas de apoyo a éstas para la importante labor que realizan dentro del ámbito familiar y social, de tal forma que sea menos gravoso el cuidado.

Tras la aprobación del Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, las personas cuidadoras familiares se incluyen como un cliente más de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud.

Entre las actuaciones a desarrollar por el Servicio Andaluz de Salud para favorecer la equidad, reconocer y facilitar la labor de la persona cuidadora familiar, durante el período 2005–2008, se pondrán en marcha, por parte del Distrito Sanitario, una serie de medidas de discriminación positiva dirigidas a personas cuidadoras de grandes discapacitados.

Estas medidas se dirigen fundamentalmente a aspectos relacionados con el acceso a los profesionales y con la gestión de trámites.

Las Direcciones de los Distritos de Atención Primaria deben ser los impulsores para la puesta en marcha de estas medidas, asegurando además la transmisión de la información a los profesionales para que se desarrolle en todos los Centros Asistenciales de Atención Primaria (Anexo XII).

Las acciones a desarrollar en cada uno de los Centros Asistenciales son:

- ✓ Valorar e Identificar a la cuidadora familiar de grandes discapacitados.
- ✓ Facilitar el acceso a la consulta de los profesionales del centro a las personas cuidadoras familiares de grandes discapacitados.
- ✓ Orientar la gestión de citas hacia el acto único.
- ✓ Facilitar la gestión de recetas de fármacos.
- ✓ Facilitar la gestión del material necesario para los cuidados en el domicilio.
- ✓ Mantener actualizado desde cada centro el entorno web creado para el registro de datos de las personas cuidadoras familiares de grandes discapacitados identificadas dentro del Plan.

En marzo de 2005 se pone en marcha desde el Servicio Andaluz de Salud el Plan de Mejora de la Atención a las personas cuidadoras familiares en Andalucía con el objetivo de mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas cuidadoras familiares. Los Distritos asegurarán la consecución de este objetivo con una serie de medidas como:

- Realizar una valoración focalizada y establecer un plan de cuidados específico a todas las personas cuidadoras captadas.
- Mejorar el acceso de las cuidadoras familiares a los profesionales de los Centros de Salud.
- Adecuar la cobertura horaria de la atención domiciliaria.
- Realizar talleres de apoyo que fomenten las relaciones sociales, proporcionen apoyo emocional, que incluyan herramientas para el manejo de situaciones difíciles y refuercen conocimientos.
- Proporcionar material de apoyo en el domicilio que facilite el cuidado y prevenga lesiones en la salud de las personas cuidadoras.
- Proporcionar atención en situaciones de duelo.

### **3.5.3 Comisión de Continuidad Asistencial**

La continuidad Asistencial constituye un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Por esta razón es necesario incorporar y seguir desarrollando medidas que permitan la atención continuada del ciudadano y un escenario compartido y cooperativo de desarrollo institucional entre Distritos y Hospitales.

Cada Hospital constituirá una Comisión de Continuidad Asistencial con todos los Distritos de referencia. Esto puede dar lugar a que un Distrito esté presente en más de una comisión cuando tenga más de un Hospital de referencia. Estará formada por el Gerente, el Director Médico, Directora de Enfermería y el Responsable de la Unidad de Atención al Ciudadano por parte del Hospital, y por el Distrito, el Director Gerente del Distrito, el Director de Salud, la Directora de Cuidados de Enfermería y el Jefe de Servicio de la Unidad de Atención a la Ciudadanía. A ella se podrán incorporar cuantos profesionales se

consideren necesarios, según los asuntos a tratar. Cada año, un directivo será el responsable de la misma, alternándose del nivel de Atención primaria y hospitalaria.

El Distrito y el Hospital deberán articular las medidas necesarias que aseguren el funcionamiento de la Comisión de Continuidad Asistencial, integrada por directivos y profesionales de ambos niveles, que se constituye como un elemento que va a permitir trabajar para la continuidad asistencial y la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes.

Se fijará un calendario de reuniones, al menos 4 al año, se nombrará una persona responsable de la secretaría que garantizará la elaboración de actas y la emisión de informes de la Comisión. Los directivos serán los responsables del cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de la Comisión.

Los Directivos evaluarán los resultados de la Comisión de Continuidad Asistencial a través de las actas e informes emitidos y de la medición de los indicadores que hayan decidido previamente, elaborará una Memoria anual que deberá recoger:

- los objetivos propuestos para el año en curso
- los elementos de mejora para la continuidad asistencial puestos en marcha
- los resultados obtenidos. Su sistema de información e indicadores.
- las actividades de formación o encuentros de profesionales realizados

Dicha Memoria anual, será remitida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria en los primeros 15 días del año siguiente.

Entre sus funciones se definen:

- Promover la mejora de la práctica clínica centrada en las necesidades de los pacientes
- Favorecer la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales
- Establecer mecanismos de coordinación que permitan la planificación ordenada de ingresos y altas hospitalarias a los pacientes que lo requieran
- Monitorizar los pacientes con múltiples ingresos, facilitando su control desde Atención Primaria.
- La coordinación y puesta en marcha de las demás comisiones mixtas interniveles existentes y aquellas otras que se creen.

Deberán existir al menos las siguientes:

### **3.5.3.1 Grupos de Desarrollo e Implantación de Procesos**

El Distrito y el Hospital deberán articular las medidas necesarias que aseguren la participación directiva en la Comisión de Continuidad Asistencial en relación a los procesos, fijando un calendario anual de reuniones y levantando actas que recojan los temas y acuerdos alcanzados.

El Distrito y el Hospital potenciarán los Grupos de Desarrollo e implantación de Procesos en cada área hospitalaria con la participación de profesionales de ambos niveles asistenciales en cada uno de los procesos asistenciales priorizados.

Cada Grupo de Desarrollo e implantación realizará, previo a su implantación, el análisis de situación sobre la atención a los problemas que aborda el PAI (según el modelo

estandarizado del Anexo II) y la adaptación local de cada proceso (Arquitectura nivel 4 del proceso asistencial), estos grupos recogerán los acuerdos y temas abordados en cada reunión, mediante las actas correspondientes, trasladando sus conclusiones a la Comisión de Continuidad Asistencial.

Estos grupos de profesionales participarán en la evaluación de los resultados y en el análisis y propuestas de mejora.

El Distrito y el Hospital incentivarán y facilitarán la participación de los profesionales en las tareas de implantación de los procesos asistenciales y potenciarán la evaluación de los resultados de los procesos de forma conjunta en los dos niveles asistenciales.

### **3.5.3.2 Comisión de Cuidados de Enfermería del Área**

La Comisión de Cuidados de Enfermería del Área es un órgano de gestión de mejora que trabaja para estabilizar y mejorar el proceso de continuidad de cuidados de enfermería interniveles, introduciendo elementos de mejora basados en la mejor evidencia posible e integrando recursos para promover resultados clínicos de cuidados de enfermería óptimos en los pacientes, especialmente en los más vulnerables. (Anexo XI)

Una de las funciones de la Comisión de Cuidados de Enfermería de Área es favorecer el acceso de la Enfermera Gestora de Casos a ambos niveles asistenciales y establecer mecanismos de coordinación para favorecer la realización de planificación de cuidados de enfermería al alta por parte de las Enfermeras de ambos niveles asistenciales para aquellos pacientes que lo requieran.

Esta coordinación con el Hospital también será necesaria para monitorizar a los pacientes de múltiples ingresos facilitando su control desde Atención Primaria. Para ello se deberán activar Guías de Actuación Compartida (GAC)

La GAC, tal como se referencia en anexo XIV a este Contrato Programa, es un instrumento que orienta a las enfermeras en la toma de decisiones en situaciones específicas relacionadas con la continuidad de cuidados interniveles.

La herramienta de intercambio de información entre las enfermeras de ambos niveles de atención es principalmente el Informe de Continuidad de Cuidados de enfermería-(ICCE). El ICCE es un documento con carácter bidireccional, ya que aunque es especialmente necesario al alta hospitalaria, también deberá emitirse en aquellos casos en que la enfermera de familia de referencia o enfermera gestora de casos de AP. lo considere necesario por la situación que presente el paciente y cuando se conozca el ingreso de éste. Actualmente esto sólo es posible en los casos de ingresos de cirugía programada.

Otro instrumento para la gestión de los cuidados, que completará su implantación durante el año 2008 es el Cuaderno de Continuidad de Cuidados (CCC). Su objetivo es que los profesionales de enfermería de referencia del paciente dispongan de información relevante de los problemas de salud del paciente de forma clara y accesible. El Cuaderno de Continuidad de Cuidados se enmarca dentro de las medidas establecidas para la mejora de la continuidad asistencial. Los pacientes frágiles y vulnerables reciben atención frecuentemente de diferentes dispositivos de nuestro sistema sanitario (centros de salud, servicios de urgencias, hospitales, consulta de especialistas...) por ello, con el CCC se pretende reunir en un solo documento que porte el paciente la información de mayor



relevancia en su estado de salud y en su caso el de la persona cuidadora, debiendo ser consultado y actualizado cada vez que entre en contacto con los servicios sanitarios. Este documento no sustituye en ningún caso el ICCE.

El Servicio Andaluz de Salud ha desarrollado un servicio de continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes con criterios de fragilidad dados de alta durante los fines de semana y vísperas de festivos desde las unidades de hospitalización, además de desarrollar durante la época estival el programa de seguimiento de pacientes frágiles ante las temperaturas extremas. Desde el Distrito Sanitario debe garantizarse el seguimiento de estos pacientes (telefónico o presencial)

Para mejorar la accesibilidad y la comunicación con los pacientes, sus familiares y otros dispositivos, se ha dotado a las enfermeras de los ESMD de teléfonos móviles corporativos. Este teléfono es un apoyo en la gestión de los cuidados ya que facilita el seguimiento proactivo de pacientes, familiares y otros profesionales implicados en el proceso de atención, así como permite que familiares y pacientes cuenten con una línea donde poder consultar sus dudas.

### **3.5.3.3 Comité de Mejora de Derivaciones**

Este Comité es el encargado del seguimiento del Acuerdo internivel sobre derivaciones y acceso a pruebas diagnósticas, de poner en práctica, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial, cuantas medidas sean necesarias para un mayor control de calidad de las relaciones interniveles en relación a las interconsultas y pruebas diagnósticas. Así mismo, establecerán mecanismos o circuitos para valorar la pertinencia de las derivaciones a interconsultas y velará por la puesta en marcha de las consultorías y del acceso desde Atención Primaria, a las pruebas diagnósticas que se establezcan y que deben recoger al menos las relacionadas con los procesos asistenciales puestos en marcha a nivel del Área.

Este comité será nombrado por los directivos del Hospital y del Distrito/s. Deben tener representación los directivos y profesionales. Entre sus funciones destacan:

- Seguimiento de los Informes Clínicos de Alta Hospitalaria. Es un informe imprescindible, para garantizar la continuidad de la asistencia del paciente cuando vuelve a su domicilio, es por ello que debe contener toda la información clínica relevante, informe de pruebas realizadas, diagnósticos, tratamientos practicados y prescritos y que deben ajustarse a la política y objetivos del uso racional del medicamento, revisiones necesarias, citas de revisión correspondientes, informe de cuidados de enfermería y cuantos apartados el Comité considere necesario. El comité, es el responsable de que los profesionales efectúen el informe clínico de alta y de la calidad del mismo.
- Seguimiento del Informe Clínico de derivación desde Atención Primaria. Cuando el profesional sanitario de Atención Primaria considere necesario, por la complejidad del problema de salud que presenta el paciente, que sea derivado a atención hospitalaria, para realizar o confirmar un diagnóstico, por precisar una intervención terapéutica específica de ese nivel asistencial, para seguimiento de su patología, o por inclusión del paciente en un Proceso Asistencial Integrado, deberá utilizar el informe clínico de

derivación. El Comité será el encargado de que siempre sea éste el sistema de acceso del paciente a las interconsultas, que aquellos centros informatizados utilicen el formato electrónico en su ejecución, que todos los campos, tanto administrativos como clínicos vayan cumplimentados adecuadamente, que se aporten los informes de las pruebas diagnósticas practicadas, el diagnóstico de presunción y el tratamiento seguido por el paciente, además de la información que la Comisión de Continuidad Asistencial considere pertinente.

- Seguimiento del Informe Clínico emitido desde las consultas externas de Atención Hospitalaria. En las consultas externas de Atención Hospitalaria, una vez realizadas las pruebas diagnósticas y las interconsultas que sean necesarias para responder a la necesidad planteada por el profesional sanitario de Atención Primaria que derivó al paciente, debe emitirse este Informe Clínico, para poder seguir con la continuidad asistencial que precisa el paciente. El Comité es el encargado de que siempre se realice éste y con la calidad adecuada. Asegurándose que contenga la información completa de pruebas y tratamientos realizados, el diagnóstico de confirmación, la prescripción de los fármacos que precise, ajustados al uso racional del medicamento, y que al paciente le han sido dadas las citas necesarias en Atención Hospitalaria para futuras revisiones o especifique el alta por el proceso que fue derivado.
- Seguimiento de los dispositivos de Fisioterapia y de Rehabilitación tal y como se recoge en Acuerdo de Gestión Distrito-Hospital.

El comité deberá elaborar una memoria anual de actividades, que deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

#### **3.5.3.4 Comisión de Mejora en Urgencias y Emergencias**

Se constituirá una Comisión de Mejora en Urgencias entre los Distritos y los Hospitales de referencia para optimizar la respuesta a las urgencias y emergencias en su área de referencia.

Esta comisión, establecerá un protocolo de seguimiento de las altas hospitalarias de urgencias, en horario de no apertura de EBAP (tardes – noches, fines de semana y festivos) para la continuidad del proceso por el DCCU.

Se establecerá un protocolo de seguimiento de pacientes paliativos que puedan requerir una asistencia urgente, procurando su ingreso directo en las unidades correspondientes sin pasar por los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del hospital.

#### **3.5.3.5 Comisión de Coordinación interniveles para el Uso Racional de los Medicamentos**

##### **1. OBJETIVO**

Constituir el foro donde se logre consensuar, entre el nivel de asistencia primaria y hospitalaria, todos aquellos aspectos técnicos, científicos, administrativos u organizativos o informativos que puedan redundar en una mejor utilización conjunta de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de



la Junta de Andalucía y permitan una adecuada corresponsabilización de ambos niveles en el seguimiento y control de los tratamientos prescritos a sus pacientes.

## **2. FUNCIONES**

- a) Elaboración y difusión de aquellas recomendaciones o protocolos unificados de actuación que permitan la necesaria corresponsabilización de ambos niveles asistenciales en la utilización de medicamentos. Se priorizarán los correspondientes a los procesos asistenciales con mayor prevalencia, en los que intervengan ambos niveles y que impliquen el uso de medicamentos con alto impacto económico y/o en resultados de salud. Asimismo, se elaborarán protocolos específicos de utilización adecuada de medicamentos en los servicios de urgencias. Estas recomendaciones se elaborarán con criterios de calidad y eficiencia
- b) Promoción y desarrollo de programas de investigación sobre la calidad y sobre el grado de cumplimiento de los tratamientos instaurados con aquellos medicamentos o grupos de medicamentos más utilizados conjuntamente por ambos niveles asistenciales.
- c) Análisis y evaluación periódica del consumo de los medicamentos, en especial los utilizados en tratamientos crónicos, mediante los indicadores cuali-cuantitativos más adecuados. Se priorizará la evaluación del grado de adecuación de las prescripciones a los protocolos establecidos y la eficiencia de las mismas. Se difundirá a los profesionales los resultados, conclusiones y recomendaciones de la Comisión.
- d) Diseñar y proponer las intervenciones específicas (educativas, informativas, de gestión) que puedan ser realizadas por el Hospital o los Distritos para mejorar la calidad farmacoterapéutica en los mismos.
- e) Conocer, informar y colaborar en cuantas actividades o programas relacionados con el medicamento y demás productos incluidos en la Prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía, se realicen en el Hospital y en los Distritos respectivos.
- f) Cuantas otras tareas o funciones le sean encomendadas, en estas materias, por el órgano competente del SAS.

## **3. COMPOSICIÓN**

- Presidencia: será desempeñada sucesivamente y por períodos anuales, por el titular de la Dirección Médica del Hospital y cada uno de los titulares de la Dirección de Salud de los Distritos que la integran.
- Vocales: lo serán, en función de su cargo o representación los siguientes:
  - a) El Jefe del Servicio o Unidad de Farmacia del Hospital.
  - b) Técnicos de Salud, especialidad Medicamento, de cada uno de los Distritos de Atención Primaria del área de influencia del Hospital.
  - c) El Jefe de Servicio o Unidad de Farmacología Clínica del Hospital, cuando esta exista.
  - d) Un médico de atención primaria en representación de cada una de las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los Distritos implicados.





- e) Un médico de atención hospitalaria en representación de cada una de las Subcomisiones que se constituyan conforme a lo previsto en el punto 5.
- Secretario: Será elegido de entre los vocales por períodos anuales.

Los profesionales que sean nombrados para formar parte de la Comisión están obligados a asistir a todas las reuniones que debidamente se convoquen. A estas reuniones podrán asistir como invitados aquellos otros profesionales a los que el Presidente invite, por acuerdo de la Comisión, por considerar de interés su presencia o actuación en una determinada reunión, en función del orden del día.

Cuando en su Orden del Día se incluya la discusión de un trabajo a elaborar o elaborado por las Subcomisiones a que se refiere el punto 5, todos los integrantes de dicho grupo serán citados como vocales de la misma.

Los responsables de Enfermería de los Distritos y Hospital serán convocados para que asistan, como vocales de la Comisión, cuando el Orden del día afecte a la política de cuidados de enfermería o la intervención de estos profesionales sea relevante en el seguimiento y control de los tratamientos que se pretendan tratar en la reunión.

#### **4. FUNCIONAMIENTO**

La Comisión se reunirá, al menos, una vez al semestre, convocada por su presidente mediante escrito en el que conste orden del día, lugar y fecha de celebración, al que acompañe la documentación que se estime necesaria para su mejor desarrollo.

Con la firma de un tercio de los vocales se podrá proponer al Presidente convocatoria de reunión extraordinaria, justificando su necesidad.

Las fechas y horarios se escogerán de forma que permita la máxima asistencia de los vocales. Asistencia que en todo caso, deberá ser facilitada por los Directores respectivos, subsanando los obstáculos de tipo laboral que pudiesen obstaculizarla.

El Secretario de la Comisión levantará acta de lo tratado y acordado en cada reunión, remitiendo un ejemplar a cada uno de sus componentes.

#### **5. SUBCOMISIONES**

A fin de lograr la máxima participación de los profesionales, imprescindible en un foro de consenso y colaboración, la Comisión trabajará, básicamente, a través de Subcomisiones especializadas en los que, sin sobrepasar un número de miembros que impida su funcionalidad, se integren representaciones suficientes de los colectivos de médicos de atención hospitalaria que correspondan, médicos de atención primaria y, en su caso, enfermeras, acorde con las materias que se traten.

Cada Comisión constituirá, al menos, las siguientes Subcomisiones, sin menoscabo de poder constituir aquellas que se estime oportuno para abordar temas de interés multidisciplinar o puntual:

- Digestivo y Metabolismo.
- Cardiovascular
- Osteoarticular

- Salud mental
- Respiratorio
- Enfermedades infecciosas

Estas Subcomisiones desarrollarán las funciones antes enunciadas respecto al uso de los medicamentos que les son propias.

Como coordinador de cada Subcomisión actuará cada uno de los vocales a que hace referencia el apartado 2, designado al efecto por la Comisión.

Los Trabajos de las Subcomisiones se elevarán a la Comisión, la cual adoptará el acuerdo que corresponda sobre los mismos. Dichos acuerdos tendrán carácter de propuesta o informe cuando se dirijan, por los cauces adecuados, a los Órganos directivos del SAS o a las Comisiones de Farmacia y Terapéutica del Hospital o los Distritos implicados.

### **3.5.3.6 Comisión de Formación**

Esta Comisión velará por el desarrollo de todas las actividades formativas conjuntas que se establezcan por la Comisión de Continuidad Asistencial. Facilitará que actividades hospitalarias sean ofertadas a los profesionales de Atención primaria y viceversa.

Esta Comisión, será nombrada por los directivos del Hospital y del Distrito/s. Deben tener representación los directivos y los profesionales. Entre sus funciones se incluyen:

- Fomentar actividades conjuntas de formación para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Se tendrán en cuenta la perspectiva clínica y los procedimientos administrativos acordados para facilitar el paso del paciente y su familia por el sistema sanitario.
- Incorporar al plan de formación las necesidades de formación para cada proceso asistencial a implantar.
- Promover un Foro de Encuentro anual entre profesionales del Distrito y Hospital para exponer los resultados en relación a la continuidad Asistencial y de Cuidados.
- Elaborar un programa de actividades anual
- Elaborar una memoria anual de las acciones formativas conjuntas.

La memoria de actividades deberá ser remitida al finalizar el año 2008 a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

## **3.6 ORDENACIÓN ASISTENCIAL**

Los Distritos de Atención Primaria ordenarán la asistencia sanitaria teniendo en cuenta que el Sistema Sanitario Público de Andalucía determina que el ciudadano es el centro del sistema, y que se ha de adaptar por tanto a sus necesidades y expectativas.

Además de la personalización, la sectorización y el acto único se establecen como principios fundamentales de la ordenación asistencial de la atención primaria para el



periodo 2005-2008 la accesibilidad, la equidad, la pertinencia y el uso racional de los medios diagnósticos y terapéuticos y de las consultas especializadas.

Los Distritos conocen que la Atención Primaria es la puerta del Sistema Sanitario. La accesibilidad a los servicios de Atención Primaria constituye por tanto la apertura de esa puerta, y por tanto la apertura de la puerta de la calidad.

Los Distritos favorecerán también la equidad en el acceso a los servicios, estableciendo asimismo una discriminación positiva hacia los ciudadanos y las actividades orientadas por factores objetivos de mayor riesgo y necesidad. En este sentido prestarán una atención preferente a las zonas necesitadas de transformación social.

El Distrito mantendrá actualizada la oferta de servicios según la Cartera de Servicios vigente, por centro, notificando cualquier modificación sobre la misma en el momento de producirse.

La incorporación de nuevas prestaciones o el desarrollo de nuevos centros o servicios, obedecerá a criterios de planificación de los recursos sanitarios, que garanticen la equidad en el acceso, la eficacia y la eficiencia, siendo necesaria la autorización expresa y previa de la Dirección Gerencia del SAS. En el proceso de solicitud de incorporación de servicios que requieran de nuevas tecnologías, se aplicará el método GANT (Guía para la toma de decisiones en la incorporación y adquisición de nuevas tecnologías a los centros sanitarios de Andalucía), desarrollado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

### **3.7 ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

Los Distritos deberán ofertar servicios de salud no solo asistenciales, sino también preventivos, de protección y promoción de la salud, de formación y capacitación en autocuidados, y de rehabilitación, de acuerdo con la oferta de servicios de Atención Primaria y la cartera de servicios por Procesos Asistenciales Integrados. La Producción de Servicios del Distrito se especifica en Anexo XV.

Durante los años sucesivos del periodo 2005-2008 se establecerá oportunamente, mediante los correspondientes adenda anuales del contrato programa.

Un objetivo de aumento o disminución neta de actividad no aporta valor ni área de mejora si no tiene una justificación asistencial (adecuación de derivaciones, control de la demanda, aumento de oferta, resultados en la aplicación de un protocolo, relación a la comorbilidad atendida, necesidades de cuidados de los pacientes, etc.). El Distrito debe favorecer aquellas medidas de actividad y calidad estandarizadas, de forma que la comorbilidad y complejidad atendida en los Centros de Salud de Andalucía module la Cartera de Servicios, la actividad asistencial y racionalice la asignación de los recursos.

Lo esencial pasa a ser el resultado de nuestras actuaciones, y si verdaderamente, la actividad asistencial realizada redundará en la mejora de la salud de los ciudadanos. En este sentido, el Distrito favorecerá la puesta en marcha de los ACGs como medida de la comorbilidad atendida en sus centros y la relación con la actividad realizada ajustada por



diagnósticos, para evaluar si esta actividad se ajusta a la complejidad de los pacientes atendidos.

El Distrito, deberá evitar programar y analizar sus resultados en términos absolutos. Los objetivos de actividad formulados de este modo, no permiten apreciar claramente su idoneidad, deberá hacerlo por tanto, en términos relativos (%). El Distrito, deberá fijar los objetivos con sus ZBS/UGC siguiendo estos criterios y en relación a los resultados obtenidos en ejercicios anteriores. Algunos ejemplos serían:

- Adecuación de la Actividad media diaria en el centro, domicilio y atención urgente.
- Aumento del porcentaje de consecución del Indicador Sintético de Cartera de Servicios.
- Adecuación del tipo de procedimientos terapéuticos aplicados en las urgencias.
- Adecuación de las revisiones de salud bucodental en embarazadas.
- Adecuación de la frecuentación en el centro y en el domicilio
- Potenciación del acto único
- Potenciación de la Cirugía menor Ambulatoria

El Distrito, además deberá potenciar medidas que faciliten la resolución de los problemas de salud de los pacientes allá donde se haya demostrado mediante la evidencia científica. El posicionamiento de recursos diagnóstico-terapéuticos en el nivel que resulte más eficaz, efectivo y eficiente será una prioridad del Servicio Andaluz de Salud, así, a lo largo del periodo 2005-2008 el Distrito potenciará el desarrollo de las teleprestaciones en los términos que establece la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud. Entre otras, la consultoría telefónica con los distintos profesionales del Hospital, teledermatología y la interpretación telemática de procedimientos. Para ello se desarrollará en los años de vigencia de este Contrato-Programa, los análisis pertinentes y las actuaciones oportunas, a fin de transferir los recursos allá donde la evidencia científica los defina como eficientes. Esta reorientación permitirá posicionar verdaderamente al ciudadano en el centro del Sistema, facilitándole su navegación por un sistema cada vez más horizontalizado y capaz de resolver de forma eficaz, los problemas de salud cerca del domicilio de los pacientes.

### **3.7.1. Control de la IT**

Dentro de la actividad asistencial desarrollada por los facultativos de Atención Primaria, cabe destacar por su importancia social, el control y seguimiento de las Incapacidades Temporales. Para ello, desde los Distritos de Atención Primaria, deberá realizarse el seguimiento de las mismas según los estándares emanados desde la Consejería de Salud.

### **3.8 ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad de los pacientes deberá ser un elemento central dentro de la política de mejora continua de la calidad. Es importante señalar que en Atención Primaria se dan una serie de circunstancias que apuntan la magnitud y trascendencia de dicha Seguridad del paciente. Entre ellas, cabe destacar el elevado número de visitas anuales de salud realizadas, la complejidad y variabilidad de sus actuaciones, los diversos ámbitos de actuación ( centro sanitario, domicilio, la calle, la escuela, etc.), y la longitudinalidad de atención a lo largo del tiempo en múltiples visitas.

El Distrito, en consonancia con la Estrategia para la Seguridad del Paciente aprobada por la Consejería de Salud, impulsará y establecerá las medidas adecuadas para incorporar los objetivos propuestos en cada agrupación de procesos configurada: Estratégicos, Soporte y Operativos.

Se pretende impulsar una gestión adecuada de riesgos, con capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, extender buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Efectos Adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

El Distrito impulsará una adecuada organización asistencial donde se favorezca la implementación de las estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes.

El Distrito dentro de los procesos operativos velará por la identificación inequívoca de la ciudadanía que entra en contacto con los centros sanitarios.

Garantizará la vigilancia y control de infecciones. En este contexto desarrollará la estrategia de “ Higiene de manos y uso correcto de guantes”. La DGAS facilitará los recursos materiales necesarios (material divulgativo y soluciones alcohólicas).

Desde el Distrito se establecerán medidas para la formación a las personas cuidadoras familiares sobre los conocimientos y habilidades necesarias para proporcionar cuidados seguros.

## **4. ÁREA DE PLANES HORIZONTALES DE GESTIÓN**

### **4.1 PLAN ANDALUZ DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

Cada Distrito dispone de un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria compuesto por sus correspondientes Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias y sus Equipos Movilizables.

Durante el 2008 las prioridades con respecto a estos dispositivos serán las siguientes:

**1.-** Se continuarán aplicando en todo el territorio andaluz los Protocolos para la Coordinación de la Asistencia Urgente y Emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Tal y como se recoge en dicho protocolo, en cada Distrito se constituirá una **COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y MEJORA, DEL PROTOCOLO DE COORDINACIÓN**, con el objetivo de mejorar el funcionamiento de la atención a las Emergencias y/o Urgencias del Distrito, dirigida por el Director de Distrito y constituida por éste, el Director del Servicio del 061, el responsable del SCCU, un representante de los Hospitales de referencia y los vocales que cada uno designen. Esta comisión, establecerá el operativo de cada uno de los Distritos, y analizará todas las incidencias que se originen. Esta comisión se reunirá al menos cada dos meses y analizará el Cuadro de Mando definido en el protocolo, para su uso como herramienta de gestión para la mejora continua.

**2.-** Se mantendrá actualizado en la aplicación Web que se desarrollará al efecto el Plan Operativo del Distrito a efectos de la movilización de recursos por parte de los Centros Coordinadores de Urgencia y Emergencias.

**3.-** Se dotará a la red de transporte urgente del equipamiento electromédico necesario (monitor-desfibrilador, respirador de transporte, material para inmovilización y estricaje, etc.), de los procedimientos automáticos para la comunicación a los CCUE de los estatus de los equipos movilizados y de los procedimientos para la localización de los vehículos (GPS), que serán compatible con este centro y serán los protocolos de comunicación que se encuentran en el Anexo XIII. Antes de 31 de noviembre las ambulancias de la red de transporte urgente, los equipos medicalizables y los Servicios de CCU tendrán la dotación correspondiente.

**4.-** Se implantará el nuevo cuadro de mando para el tratamiento de la información relacionada con la gestión de los SCCU y de los CCUE. El Distrito colaborará en la implantación del Módulo de Urgencias de la Historia Digital de Salud y el Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) que permitirá la obtención de un cuadro de mando como instrumento de información y análisis que genere una sistemática de mejora continua de la calidad, tanto de la atención urgente en horarios de apertura normalizada de los centros como de la entrada en funcionamiento del DCCU.

**5.-** Durante el año 2.008 todos los Equipos Movilizables deberán estar uniformados para garantizar las condiciones de seguridad en vía pública exigidas por la legislación vigente y garantizar su identificación corporativa.



6.- El Distrito desarrollará acciones coordinadas con el Hospital, los Equipos de Emergencias de la EPES y otros hospitales en el ámbito de su provincia, en relación a la atención urgente y emergente y fundamentalmente en aspectos relacionados con el desarrollo de los procesos, la actualización de su Plan de Emergencias Colectivas y Catástrofes Externas y los planes de Alta Frecuentación.

7.- Se tenderá a la unificación de la atención a urgencias y emergencias en un solo punto (Hospital) en aquellos lugares en los que exista hospital comarcal.

8.- En colaboración con los profesionales de los equipos de salud mental del Distrito se desarrollarán acuerdos en materia de formación y asesoramiento en urgencias psiquiátricas.

9.- Los SCCU establecerán un protocolo de captación activa y derivación de pacientes susceptibles de atención en los domicilios que no estén incluidos en los programas de atención domiciliaria de los EBAP. Asimismo establecerán medidas de coordinación con los EBAP para el seguimiento de pacientes a domicilio, colaborando en las medidas preventivas primarias y secundarias. Del mismo modo se procurará asegurar la continuidad con el EBAP en aquellas personas atendidas en las que se detecte una falta de accesibilidad y uso normalizado de los servicios.

10.- Por encima del 90% el personal médico y de enfermería del Distrito en Soporte Vital Avanzado (SVA-RCP) y por encima del 70% del personal no médico en Soporte Vital Básico y Desfibrilación Semiautomática. Así mismo, al menos el 60% de personal específico del SCCU-AP asistirá a los cursos de Cuidados Críticos y Urgencias. Al menos el 40% del personal de los Centros de Salud, que realicen atención continuada, realizará, además del curso de SVA ó B, otro curso de Cuidados Críticos y Urgencias.

11.- Se iniciará la formación en Soporte Vital Básico a población de la ZBS.

12.- Se tomarán las medidas necesarias para que el índice de cumplimentación de estatus sea superior al 75%

## **4.2. PLAN DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS**

### **4.2.1. Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación en Atención Primaria**

Los Dispositivos de Fisioterapia, Rehabilitación y Terapia Ocupacional en Atención Primaria, están constituidos por Salas de tratamiento, ubicadas en su mayoría en Centros de Salud, y Equipos Móviles para la realización de Atención Domiciliaria. Los pacientes son derivados desde Atención Primaria y Atención Hospitalaria.

Las líneas prioritarias de actuación de los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación en Atención Primaria están orientadas a facilitar la atención de los pacientes discapacitados y sus cuidadores, mejorando la accesibilidad de estos pacientes y sus familiares, ofertando preferentemente los tratamientos y cuidados en su entorno próximo, en la sala, ó en su propio domicilio.

Los Equipos Móviles están integrados por Rehabilitadores, Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales; y la población diana para recibir tratamiento domiciliario son los pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario. A estos pacientes los dividimos en 2 grupos: Pacientes G1 (pacientes con déficits susceptibles de reversión total o parcial y pacientes discapacitados con déficits establecidos que pueden incrementar su capacidad funcional) y pacientes G2 (pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida).

Entre las herramientas de ayuda para gestionar tanto la actividad asistencial de las salas de rehabilitación de hospitales y atención primaria, como los dispositivos móviles, se encuentran la “Guía de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria: Guía de procedimientos”, la “Guía de procedimientos de Equipos de Rehabilitación y Fisioterapia en domicilio”, la “Guía para el desarrollo de la Terapia Ocupacional en Atención Primaria de Salud”, y las “Pautas de actuación conjunta de los Equipos Básicos de Atención Primaria y los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación. Patología del Aparato Locomotor”.

El funcionamiento y la gestión de los dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación en Atención Primaria y la continuidad asistencial con Atención Hospitalaria son un elemento clave para que las salas de Atención Primaria puedan desarrollar una actividad asistencial sostenible y eficiente. Entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria se establecerán las condiciones de colaboración necesarias para el funcionamiento efectivo de una red única de unidades de Rehabilitación y Fisioterapia. Entre otros aspectos, se debe contemplar que cada sala de fisioterapia tenga asignado un FEA de Rehabilitación que pase consulta en ella y realice actividades de consultoría con los profesionales del EBAP.

Las UAC de cada centro asumirán los procedimientos de citación de pacientes en las salas de fisioterapia y rehabilitación, en coordinación con las UAC de los Hospitales desde donde se remiten pacientes. Se evitará la derivación por circuitos no contemplados por la guía o que no sea cumplimentada en el formato y con los contenidos establecidos, y en ningún caso, a través de los pacientes.

Todas las salas de Atención Primaria dispondrán de protocolos de derivación de pacientes desde el médico de familia al fisioterapeuta siguiendo las indicaciones de la guía de procedimientos. Las “Pautas de actuación conjunta de los Equipos Básicos de Atención Primaria y los Dispositivos de Apoyo a la Rehabilitación” serán asumidas y puestos en marcha por el Distrito con la colaboración de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de atención.

El transporte sanitario individual será posible en todas las salas de Atención Primaria. Dicho transporte sanitario, tanto individual como colectivo, se monitorizará para controlar incidencias en relación con la puntualidad para disminuir problemas con la planificación de la atención sanitaria y evitar incomodidades a los pacientes.

Todos los fisioterapeutas de Atención Primaria realizarán asistencia domiciliaria cuando ésta sea necesaria, abarcando a toda la ZBS atendida por la sala. La percepción del complemento de dispersión geográfica se vinculará a la realización efectiva de esta actividad.



El Distrito elaborará un Plan de Formación para los profesionales que integran los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en atención primaria (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y rehabilitadores). Los Distritos con bajo número de profesionales pertenecientes a los dispositivos podrán compartir las actividades de formación con otros Distritos cercanos.

Igualmente, los profesionales de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación participarán en actividades de formación junto con los profesionales del equipo básico de Atención Primaria para avanzar en las mejores competencias de atención sanitaria a las personas discapacitadas y dependientes así como a sus cuidadores.

Cada Distrito volcará puntualmente los datos de actividad de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación en la aplicación SIGAP-web y mantendrá actualizada la ficha DAR de cada sala. Los Distritos remitirán esta ficha al menos una vez al año y siempre que se produzca un cambio relevante a la Subdirección de Coordinación de Salud. En esta ficha se hará constar, entre otros ítems, los núcleos de población cubiertos por la atención domiciliaria, las zonas con dificultades de acceso, las vías de derivación, los protocolos de derivación en funcionamiento y las actividades de formación en la que participan los fisioterapeutas. El diseño de la ficha y el soporte informático corresponderá a los SSCC.

Las salas de fisioterapia y rehabilitación se ajustarán a los estándares establecidos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Anexo XVIII).

Se instaurarán consultorías entre los equipos de Atención Primaria, los rehabilitadores, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de los equipos móviles, con el fin de que los pacientes en situación clínica de G2 reciban una atención integral y coordinada, estableciéndose planes de tratamiento conjuntos entre los distintos profesionales.

Los equipos móviles de fisioterapia y rehabilitación se ajustarán a los estándares que establezca la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Anexo XVIII).

Los Distritos realizarán un análisis de la accesibilidad de los usuarios a las salas donde se realizan tratamientos rehabilitadores y de fisioterapia en colaboración con los hospitales. Dicho análisis se acompañará de un plan de actuación para resolver el déficit de accesibilidad detectado, que se recogerá específicamente por la Comisión de Continuidad Asistencial. En este plan, se recogerán los acuerdos de derivación protocolizada directa de los médicos de familia a los fisioterapeutas del Hospital, así como la propuesta de apertura conjunta de nuevas salas.

#### **4.2.2. Plan Andaluz de Alzheimer**

El Servicio Andaluz de Salud durante el periodo 2005-2008 se propone seguir desarrollando El Plan Andaluz de Alzheimer dentro del marco del Plan de Apoyo a la Familia, desarrollando el programa de asistencia sanitaria en las Unidades de Estancias Diurnas que estén ubicadas en los Distritos sanitarios, en colaboración con las Asociaciones de Enfermos de Alzheimer, así como la atención de personas cuidadoras de afectados.

### **4.2.3 Examen de salud para mayores de 65 años**

En el año 2006 se puso en marcha el Examen de Salud para mayores de 65 años. Esta iniciativa tiene como objetivo principal detectar precozmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados que puedan tener los andaluces mayores de 65 años. Se pretende actuar de forma proactiva, eficaz y coordinada, por todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial, para que los mayores de 65 años, puedan mantener el máximo tiempo posible una buena calidad de vida aumentando de este modo, el periodo libre de dependencia.

El Distrito pondrá en marcha las medidas oportunas para el desarrollo y organización de estas actividades en cada Centro de Salud, siguiendo las directrices marcadas en el documento "Examen de salud para las personas mayores de 65 años" aprobado por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Los servicios de Atención Primaria se constituyen, de esta manera, en el punto de partida de dicho proyecto, coordinando a los diferentes profesionales y servicios ofertados que van a permitir la ordenación de los recursos y la mejor atención de estos ciudadanos.

El trabajo en equipo, es el sustrato donde asienta este proyecto, el objetivo es resolver los procesos de atención a estos ciudadanos de forma transversal, horizontalizando las acciones, vinculándolas, a lo que los ciudadanos necesitan de nosotros; los ciudadanos nos exigen un esfuerzo de generación de redes profesionales donde descansen su confianza y seguridad, constituida por unos profesionales que trabajando de forma integrada, en equipo, resuelvan sus problemas de salud.

### **4.2.4 Atención Domiciliaria**

La atención domiciliaria es la modalidad asistencial dirigida a las personas que requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio, para garantizar la asistencia sanitaria según las necesidades y expectativas personalizadas del ciudadano.

El SSPA oferta respuesta a esta demanda de salud, coordinándose con los diferentes organismos e instituciones que tienen responsabilidad en servicios sociales, para dar una respuesta integral a estos problemas en su entorno habitual, evitando en lo posible la institucionalización de estos pacientes, asumiendo la Atención Primaria la responsabilidad y liderazgo de esta modalidad de la atención sanitaria.

La atención domiciliaria es un recurso para resolver problemas de salud a las personas que por su incapacidad física no pueden desplazarse al centro sanitario.

Se trata de una atención integral, longitudinal y continuada, que se realiza bajo una concepción biopsicosocial, y el núcleo de atención es la persona enferma y la familia cuidadora.

La atención domiciliaria se presta por un lado, en la vertiente de atención a demanda del paciente, por problemas de salud agudos o por complicación o reagudización de un problema crónico, o bien, puede ser un servicio planificado, concertado con el usuario, que surge por iniciativa de los profesionales del EBAP, y que responde a

necesidades asistenciales ó sociosanitarias, bien por alta hospitalaria, o por ser un paciente con inmovilidad o proceso crónico.

La visita domiciliaria es el instrumento para conocer en que medio viven las personas y su grupo familiar, valorar su autonomía y nivel de dependencia, y proporcionar apoyo en el proceso de la enfermedad.

La provisión de servicios de atención domiciliaria se realizará de forma integrada, por parte de todos los profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y sus familias: médicos, pediatras y enfermeras de familia, con la colaboración de trabajadores sociales y profesionales de los dispositivos de apoyo a la rehabilitación, garantizando la continuidad asistencial con la atención hospitalaria cuando sea necesaria para el paciente.

Para impulsar la asistencia domiciliaria, el Distrito:

- Proporcionará una adecuada organización que facilite la atención integral de calidad a los pacientes incluidos en atención domiciliaria y a la familia cuidadora, contribuyendo al control de la sintomatología, a mejorar el autocuidado y a dar apoyo a las personas cuidadoras.
- Impulsará el aumento de visitas domiciliarias de médicos, enfermeras y trabajadores sociales de los EBAP, especialmente en pacientes vulnerables ó frágiles
- Facilitará el apoyo a la familia mediante la formación e información a las personas cuidadoras y la coordinación de los recursos sociales disponibles; así como la gestión del material para el confort de los pacientes.
- Contribuirá a mejorar la formación de los profesionales en los procesos relacionados con la atención domiciliaria

### **4.3 PLAN DE SALUD BUCODENTAL**

A lo largo de 2008 el Distrito continuará desarrollando el Plan de Salud Bucodental y el Decreto de Atención Bucodental Infantil, cuya población diana será a partir del 1 de enero del 2008 los niños nacidos entre los años 1994 y 2002.

El número de pacientes esperados necesitados de tratamiento de procesos agudos se estima en el 7% de la población general.

En el año 2008 el Distrito deberá continuar prestando atención bucodental a las personas con discapacidad según la ampliación del Plan de apoyo a la familia. Para ello junto con el Hospital deberá mantener el acuerdo para garantizar la atención bucodental a aquellas personas con discapacidad que necesitan sedación. En éste Acuerdo constará, al menos:

- Circuito que se llevará a cabo desde el Distrito hasta el Hospital.
- La adscripción al Servicio de Máxilofacial del Hospital de referencia, si lo hubiera y en su defecto al Servicio de Cirugía.



- Elaboración de agenda y constitución del equipo de dentistas que van a participar en la atención a personas con Discapacidad (fundamentalmente formado por aquellos dentistas que pertenecen al Distrito de la misma localidad donde está el Hospital)
- Elaboración de protocolo de seguimiento a los pacientes: Quien, cuando y como. (Mantenimiento y enseñanza de higiene oral para personas con discapacidad y familiares de estos)

Los pacientes serán citados en una agenda en cada Hospital por los dentistas de cabecera, tanto en la consulta de preanestesia como posteriormente en la cita para sedación. A la consulta de anestesia deberán acudir con las pruebas complementarias que se establezcan. Dichas pruebas se realizarán en Atención Primaria.

Los pacientes serán atendidos en el Hospital por los dentistas que se acuerde y que pertenezca, salvo excepciones, al Distrito donde esté ubicado el Hospital donde se atiende a la población. Las altas tras la atención se podrán dar por parte de estos dentistas; o por el personal facultativo de las salas de despertar de los citados hospitalares.

#### **4.4 LABORATORIOS CLÍNICOS Y BANCOS BIOLÓGICOS**

1. Durante 2008 el Servicio Andaluz de Salud implantará un Plan de Laboratorios Clínicos y Bancos Biológicos.
2. Los Distritos implantarán durante 2008 el Proceso de soporte de Laboratorios Clínicos.

#### **4.5 ATENCIÓN A PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL (TAO)**

El Distrito asegurará la coordinación con su Hospital/es de referencia para garantizar la descentralización de la atención a pacientes estables con tratamiento anticoagulante oral (TAO), según los criterios establecidos en el documento de Coordinación en el control y seguimiento del paciente con tratamiento anticoagulante oral editado por el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud en 2005.

En el 2008, todos los Distritos habrán desarrollado la descentralización de pacientes estables con TAO, según los criterios establecidos. Se entiende por “paciente controlado en atención primaria, al que se le hace la extracción, más la pauta de tratamiento y el seguimiento en el centro de salud”, tal como se recoge en el documento de coordinación antes mencionado.

## **5. ÁREA DE PLANES INTEGRALES DE SALUD**

### **5.1. PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS**

#### **5.1.1. Prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares**

Dada la alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares en Andalucía, así como la alta prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovasculares, se considera fundamental dar carácter prioritario al abordaje este problema, donde Atención Primaria tiene un papel clave. Es por ello fundamental priorizar la implantación del Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y asegurar una adecuada formación de los profesionales médicos y enfermeras en el Proceso Riesgo Vascular.

Dado que existe acuerdo en que el mayor beneficio se logra mediante actuaciones en los grupos con mayor Riesgo Vascular, es fundamental lograr una correcta evaluación del Riesgo Vascular mediante la metodología adecuada prevista en Plan Integral de Riesgo Vascular en aquellos pacientes en los que exista al menos 1 factor de riesgo vascular mayor. Aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados previamente de alguna enfermedad cardiovascular, deben considerarse como de Riesgo CV Alto o Muy Alto, debiendo hacerse constar en la historia clínica. Asimismo, deben desarrollarse las actuaciones preventivas (ejercicio, dietéticas, etc.) y/o de tratamiento previstas en el proceso Riesgo Vascular.

Los Distritos cuyo hospital de referencia pertenezca al grupo 3 y 4, deberán desarrollar de forma coordinada con ellos un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca según los criterios establecidos por el Plan Integral de Cardiopatías.

#### **5.1.2. Gestión de procesos asistenciales integrados: Dolor torácico**

Las enfermedades coronarias continúan siendo la principal causa de mortalidad en Andalucía, y entre ellas, el Infarto Agudo de Miocardio con elevación de ST (IAMCEST), existiendo evidencia científica de los excelentes resultados en términos de reducción de mortalidad de la reperfusión precoz. Es por ello que se deben priorizar las actuaciones que permitan disminuir los tiempos de atención en cualquier nivel asistencial del SSPA, así como desarrollar estrategias locales que permitan el acceso más precoz posible a un método de reperfusión miocárdica (fibrinólisis o angioplastia primaria) al máximo número de personas que sufren un IAMCEST, teniendo en cuenta las especiales características geográficas locales, las distancias a los hospitales de referencia, la disponibilidad de equipamientos y de personal especializado, etc.

### **5.2. PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA**

En el ámbito de la salud mental, el Distrito desarrollará prioritariamente las siguientes líneas de actuación:

- Ordenación de la demanda.



- Mejora de la atención a niños y adolescentes.
- Mejora de la atención a pacientes con trastorno mental grave.

### **5.2.1 Ordenación de la demanda**

El Distrito establecerá un plan de calidad junto con los hospitales correspondientes que fomente la coordinación interniveles, así mismo, pactará el número de primeras consultas que oferta Salud Mental, siguiendo el estándar establecido por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, manteniendo en 15 días la demora media y 60 de máxima para éstas.

Seguirá desarrollándose la implantación de los procesos asistenciales “Ansiedad, Depresión y Somatizaciones” y “Trastorno de la Conducta Alimentaria”, y la atención al paciente con Trastorno Mental Grave como elementos favorecedores de la coordinación entre niveles.

El Distrito establecerá los mecanismos necesarios para facilitar la relación de las enfermeras de los distintos dispositivos de Salud Mental con las enfermeras de Atención Primaria (Enfermera Gestora de Casos, Enfermera de Familia) para la continuidad de cuidados. Para la continuidad de cuidados con la Unidad de Salud Mental del Hospital General, las enfermeras de salud mental de ambos niveles de atención utilizarán el informe de continuidad de cuidados. Éste documento se emitirá al alta hospitalaria y la enfermera del Equipo de Salud Mental deberá contactar con el paciente antes de las 48 horas desde la recepción del informe.

### **5.2.2 Atención a los niños y adolescentes.**

El Distrito fomentará la coordinación y cooperación de los profesionales referentes de la atención infantil de los equipos de salud mental con los pediatras de Atención Primaria.

### **5.2.3 Mejora de la Atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave.**

El Distrito evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral a dichos pacientes a los que se les realizará, al menos, 7 consultas programadas / año, y mejorará, asimismo, la atención domiciliaria de los pacientes que lo requieran garantizando que el número de visitas se mantenga en los mismos niveles que el año anterior.

El Distrito asegurará que todo paciente con Trastorno Mental Grave disponga de un Plan Individual de Tratamiento, un responsable del Plan y un referente personal a modo de gestor de casos que garantice la ejecución de las actividades y continúe el seguimiento del paciente. Se evaluará el cumplimiento del protocolo de atención integral de estos pacientes en los siguientes aspectos:

- Actualización del censo de pacientes.
- Implantación del plan de individual de tratamiento basado en una valoración integral y plan de cuidados, incluyendo atención domiciliaria, programas de rehabilitación, psicoterapia y atención a familiares.



- Programas específicos que tengan en cuenta la continuidad de cuidados en atención comunitaria e intervención en crisis.
- Coordinación interniveles de salud mental e intersectorial con servicios sociales, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) y administración de justicia.

Así mismo, el Distrito garantizará la asistencia de profesionales de atención primaria a las reuniones de las Comisiones de Trastorno Mental Grave. Para la ratificación de los PIT de las personas diagnosticadas de trastorno mental grave.

## **5.2 PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGÍA**

Los Distritos de Atención Primaria continuarán con la implantación de las líneas de acción del Plan Integral de Oncología 2007-2012 en el marco de los contenidos asistenciales y de salud de este nivel de atención.

Durante este período el Distrito habrá logrado la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados oncológicos ya definidos (Cérvix y endometrio, laringe, piel, próstata, mama, colon y recto, pulmón y cuidados paliativos) y aquéllos que pudieran definirse.

El Distrito aumentará o mantendrá las actividades de captación del programa de detección precoz del cáncer de mama para conseguir una tasa de al menos un 75% (datos acumulados), reforzando las actividades dirigida a mujeres que se incorporan por primera vez al programa (Cribado inicial).

El Distrito asegurará la coordinación con los hospitales de referencia para el programa y facilitará la existencia de circuitos ágiles que permitan conocer la situación de las mujeres derivadas para estudio y tratamiento.

Durante 2008 se iniciarán las actividades de implantación de las actividades de detección precoz de cáncer de cérvix.

## **5.3 PLAN INTEGRAL DE DIABETES**

Los Distritos de Atención Primaria continuarán con la implantación de las líneas de acción contenidas en el Plan Integral de Diabetes 2003-2007.

Durante el 2008, el Distrito deberá potenciar la inclusión de toda la población con diabetes (aproximadamente el 6% de la población general), en módulos de procesos de la Historia TASS o DIRAYA. Haciendo constar la realización de HbA1c, la exploración de fondo de ojos y la exploración de los pies, con sus respectivos resultados.

El Distrito -de forma coordinada con el Hospital de referencia-, implantará el programa de detección precoz de retinopatía diabética.

El Distrito, en su caso, promoverá la correcta derivación a los podólogos concertados, en base a los criterios establecidos.

Asimismo, el Distrito facilitará la formación de los profesionales sanitarios en educación diabetológica, de forma estructurada y sistematizada.

## **5.4 PLAN INTEGRAL DE TABAQUISMO**

El hábito tabáquico es causa, de forma directa, de múltiples enfermedades, y acelera, de forma directa o indirecta, procesos degenerativos que aumentan el riesgo de muerte prematura. Los centros de salud se configuran como lugares idóneos y de máxima calidad para la intervención en tabaquismo en la población general debido a sus características (accesibilidad, enfoque integral con gran componente preventivo, abordaje familiar y comunitario) y a la frecuencia.

El Distrito Sanitario debe garantizar la mejor atención posible a las personas fumadoras, según los criterios establecidos en el Plan Integral, la identificación, el adecuado registro en la historia clínica, la oferta de un plan de tratamiento personalizado y seguimiento de exfumadores/as. Para ello, es condición necesaria asegurar la formación y capacitación de los profesionales sanitarios en el abordaje del tabaquismo.

Durante el 2008, los Distritos Sanitarios continuarán desarrollando la implantación del Plan Integral de Tabaquismo.

- En el marco de las líneas de acción del Plan Integral de Tabaquismo los Distritos garantizan la formación a los profesionales sanitarios en intervención básica y avanzada para conseguir su capacitación e implicación incluyendo la atención al tabaquismo como una actividad más de su práctica clínica diaria.
- Los Distritos aseguran el desarrollo e implantación del Programa de Atención a las personas fumadoras según criterios establecidos en el Plan Integral, garantizando la oferta de intervención básica y avanzada a todas las personas fumadoras.

## **5.6 PLAN INTEGRAL DE ACCIDENTABILIDAD**

Los accidentes constituyen la primera causa de mortalidad en edades jóvenes y por tanto, de años potenciales de vida perdidos. Casi un tercio de ellos se producen en el hogar, seguidos de los ocasionados en la calle, correspondiendo a partes iguales los accidentes de tráfico y los debidos a otras causas. Más del 80% de los accidentes requieren algún tipo de atención sanitaria.

Los Distritos tendrán que ir desarrollando las líneas de actuación establecidas en el Plan Integral de Accidentalidad 2006-2012, tanto en aspectos asistenciales en la asistencia sanitaria a personas lesionadas o víctimas de accidentes como en los preventivos, especialmente en aquellos colectivos especialmente vulnerables: población infantil, juvenil y mayores.





## **5.7 PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL**

El Distrito adoptará las medidas necesarias para desarrollar las líneas contenidas en el Plan Integral en los aspectos de detección precoz, despistaje de otras patologías, tratamiento y seguimiento. Tendrá que cuidarse especialmente la comunicación evitando comentarios negativos y culpabilizadores y analizando creencias de los profesionales que puedan interferir en un adecuado enfoque del problema.

## **5.8 PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS 2008 - 2012**

Durante 2008 el Distrito comenzará la implantación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008 – 2012 en todos aquellos contenidos que le competen.

Durante el año 2008 será prioritario completar la implementación del Proceso de Cuidados Paliativos. Para ello se asegurará la oferta formativa de los profesionales de atención primaria, particularmente mediante rotaciones por las Unidades y Equipos de soporte de Cuidados Paliativos. En los distritos sanitarios en que sea viable (desarrollo de Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de referencia) deberá estar incorporado el flujo de pacientes establecido en el proceso, especialmente en cuanto a la constitución de los Comités decisorios y el papel de las enfermeras gestoras de casos para el manejo domiciliario del paciente terminal.

## **6. ÁREA DE PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO**

Es objetivo básico y prioritario de la organización el uso racional del medicamento. Para ello, se pondrán en marcha todas las medidas necesarias, especialmente las incluidas en este Contrato Programa, para conseguir la utilización de los medicamentos más eficaces, seguros y eficientes y lograr, de esta forma, que al final del 2008 el gasto por habitante del Servicio Andaluz de Salud sea el más bajo del Sistema Nacional de Salud.

Para el 2008, los objetivos serán los siguientes:

### **6.1 OBJETIVO PRESUPUESTARIO DE FARMACIA**

- 6.1.1. El Distrito realizará un seguimiento del gasto farmacéutico mensual y pondrá en marcha las medidas necesarias a fin de que este gasto no supere el presupuesto fijado para 2008.
- 6.1.2. El Distrito realizará igualmente un seguimiento del número de recetas prescritas, que no deberá superar en más de un 2 % las del año anterior.
- 6.1.3. El Distrito deberá llevar a cabo el programa de especial control de la prescripción, según lo establecido en la circular 7/96, sobre aquellos médicos que, tras el análisis de su prescripción, considere necesario.

### **6.2 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR PRINCIPIO ACTIVO Y DE EFECTOS Y ACCESORIOS SIN MARCA**

- 6.2.1 El Distrito continuará impulsado la prescripción de medicamentos por principio activo, modelo de prescripción recomendado por la OMS y hoy día consolidado en nuestra organización. El objetivo es que en 2008, más de un 70 % de las prescripciones de medicamentos se realicen por principio activo.
- 6.2.2 En 2008, promoverá, igualmente la prescripción por nombre genérico, sin marca comercial concreta, de efectos y accesorios incluidos dentro de la prestación farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud. El objetivo es que en 2008, más de un 65% de las prescripciones se realicen según este modelo.
- 6.2.3 Como parte de las intervenciones para desarrollar estas líneas facilitará periódicamente a los facultativos la información sobre los indicadores establecidos para dichos conceptos y su evolución.

### **6.3. SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS**

- 6.3.1. El Distrito promoverá la adecuación de la prescripción a los criterios de selección medicamentos establecidos para 2008. Estos criterios son elaborados con la colaboración del Grupo Multidisciplinar de Expertos en Uso Racional del Medicamento del SAS, tras la evaluación de la evidencia científica disponible y de la situación de uso actual de los medicamentos implicados. Para cada criterio se ha definido un indicador de monitorización. Los criterios, indicadores y objetivos para cada Distrito se describen en el apartado “Objetivos de Farmacia” del Anexo 0.
- 6.3.2. Como parte de las intervenciones para promocionar la adecuación de la prescripción a estos criterios, se facilitará a los médicos información detallada sobre los criterios de calidad para 2008 y sobre la evolución de los indicadores de monitorización.

### **6.4. PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA: RECETA XXI**

El Distrito impulsará entre los médicos que dispongan de Receta XXI la prescripción por este nuevo sistema. El objetivo 2008 para los Distritos que dispongan del mismo, es que en Diciembre de este año, al menos un 50% de las prescripciones de medicamentos y productos sanitarios para enfermedades crónicas se realicen por Receta XXI.

### **6.5. SESIONES DE FARMACIA Y ENTREVISTAS INDIVIDUALES DE INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO**

El Distrito continuará desarrollando, entre las intervenciones dirigidas a la mejora del uso de los medicamentos, Sesiones de Farmacia y Terapéutica y entrevistas personales con los médicos, con participación directa del Director Gerente. En 2008, estas intervenciones deben llegar al 100% de los médicos del Distrito.

### **6.6. COMISIONES ASESORAS SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

- 6.6.1. El Distrito continuará impulsando las actividades de la Comisión de Farmacia como grupo asesor en el desarrollo de líneas estratégicas sobre promoción del uso adecuado de los medicamentos.
- 6.6.2. Asimismo promoverá la formación y/o continuación del trabajo de la Comisión Interniveles para Uso racional de Medicamentos y los grupos de trabajo que de esta dependan.

## **6.7. REVISION DE PACIENTES POLIMEDICADOS**

- 6.7.1 El Distrito continuará impulsando la revisión anual de la medicación de los pacientes polimedicados mayores de 65 años de acuerdo con los criterios recogidos en la Oferta de Servicios de Atención Primaria 2008.
- 6.7.2 Durante 2008, el Distrito, a través de la Comisión de Farmacia y los subgrupos de trabajo específicos que, dependiendo de esta, se consideren necesarios para este fin, establecerá e implantará un procedimiento de normalizado de trabajo para la revisión de pacientes polimedicados, que contribuya a garantizar a mejorar la adecuación del uso de medicamentos en estos pacientes.

## **6.8. SISTEMAS DE INFORMACION**

- 6.8.1. El Distrito continuará trabajando en la optimización y explotación de sus sistemas de información sobre medicamentos a fin de garantizar a sus equipos y profesionales una información de retorno mensual periódica y continuada sobre su prescripción. En esta línea, con periodicidad mensual, se remitirá, al menos, la siguiente información:
- seguimiento de objetivo presupuestario
  - seguimiento de la evolución de la prescripción por principio activo de medicamentos y prescripción sin nombre comercial de productos sanitarios
  - seguimiento de la evolución del Indicador de calidad de la prescripción.
  - seguimiento del grado de utilización de Receta XXI y en especial de los datos referidos a prescripciones de medicamentos y productos sanitarios de aportación reducida.
- 6.8.2. El Distrito garantizará la calidad del sistema de información con la informatización del 100% de los datos de asignación de recetas a sus facultativos en la aplicación FARMA.

## **6.9. EVALUACION E INVESTIGACION**

Como parte de la actividad evaluadora e investigadora, el Distrito promoverá la realización de estudios de prescripción-indicación como medio para detectar áreas de mejora en el uso de los medicamentos. Asimismo participará en los estudios multicéntricos de este tipo promovidos por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud.



## **6.10. FARMACOVIGILANCIA**

El Distrito continuará promoviendo que los profesionales sanitarios comuniquen al Centro Andaluz de Farmacovigilancia, de inmediato, las sospechas de reacciones adversas a los medicamentos de las que tengan conocimiento. Las notificaciones se realizarán a través de la cumplimentación de la tarjeta amarilla. Para el 2008 se alcanzará una tasa mínima de 9 notificaciones/100.000 habitantes.

## **6.11. ADQUISICIONES DE MEDICAMENTOS**

Las adquisiciones de medicamentos se adecuarán estrictamente a las directrices y procedimientos establecidos en la Resolución 14/1997, de 8 de Julio del Servicio Andaluz de Salud.

## **7. ÁREA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es un producto de alta relevancia dentro de la estructura del SSPA, que se dirigen a sectores de público –estudiantes, comunidad científica- muy concretos, y con unas necesidades específicas que se deben cuidar especialmente, teniendo en cuenta las implicaciones y la incidencia de su labor en los avances y en la calidad de los servicios de salud, y el componente motivador que supone para los profesionales

El Servicio Andaluz de Salud, como organismo responsable del desarrollo y mejora en la oferta de servicios de sus profesionales, debe desarrollar programas y áreas de formación, investigación y producción científica.

El Distrito aplicará las actuaciones que se deriven de la definición y desarrollo de los contenidos de intervención de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, en el marco del Plan de Investigación de la Consejería de Salud.

El Distrito promoverá y potenciará todas las iniciativas de sus profesionales en el campo de la investigación, de todos aquellos contenidos que impliquen un avance en el campo de la Salud y de la Atención Primaria.

El Distrito durante el periodo 2005-2008 fomentará la investigación para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad de los cuidados, así como para el desarrollo, mejora y evaluación de la efectividad clínica.

El Distrito deberá abrir tres líneas de investigación durante el periodo 2005-2008, para ello contará con el apoyo metodológico necesario desde la Subdirección de Coordinación de Salud.

Se entenderán como líneas de investigación aquellas áreas de investigación que estén en consonancia con las líneas prioritarias contenidas en el Plan de Investigación de la Consejería de Salud, o bien aspectos prioritarios para el propio Distrito en relación con la efectividad clínica, efectividad de cuidados u otros aspectos de calidad de los servicios sanitarios, se considera abierta una línea cuando esté representada por al menos por un proyecto activo, entendido este como un proyecto de investigación que se inicia o se continúa durante el periodo de vigencia del contrato programa

En el primer semestre de 2008 los Comités Locales de Ensayos Clínicos de los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán incorporado en su actividad el protocolo específico de seguimiento de los ensayos clínicos aprobados. definido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En el primer trimestre del 2008 los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud habrán adecuado todos los contratos de ensayos clínicos al modelo único de contrato y memoria económica para ensayos y estudios observacionales con medicamentos aprobado por la Consejería de Salud.

A lo largo de 2008 se habrá pilotado el modelo económico de ensayos clínicos a los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud que éste decida.



Durante el 2008, el Servicios Andaluz de Salud habrá realizado la elaboración en todos sus centros un Plan estratégico de investigación, que incluirá un análisis de la situación actual, las línea priorizadas, las alianzas internas y externas y los cambios organizativos que se contemplen.

En 2008, los Distritos habrán aumentado el número y la calidad de los proyectos de investigación realizados sobre la base de los siguientes indicadores:

1. Número de proyectos solicitados en la convocatoria anual de la Consejería de Salud
2. % de proyectos presentados con la calificación de: Aceptable, Bueno, Excelente.
3. Número de proyectos solicitados a otras convocatorias nacionales
4. % de proyectos financiados a otras convocatorias nacionales

Asimismo, los Distritos aumentarán la calidad y cantidad de su producción científica, medidas en base a:

- Impacto bibliométrico: Número de documentos recogidos en el SCI en el que intervenga algún autor de las instituciones del Servicio Andaluz de Salud.
- Factor de Impacto Relativo.

Durante 2008, el Servicios Andaluz de Salud potenciará la incorporación de los centros de Atención Primaria a las estructuras de investigación existentes.

El Distrito mantendrá informado a la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre los proyectos de investigación activos, así como sobre los proyectos solicitados y concedidos anualmente por Agencias financiadoras, de acuerdo con la información contenida en el anexo XIX, así como la que sea recabada a lo largo de la vigencia de este Contrato Programa.

## **8. ÁREA DE DOCENCIA Y FORMACIÓN**

El Proyecto 9 sobre PLAN DE DESARROLLO PROFESIONAL del II PLAN DE CALIDAD, establece entre otros aspectos la necesidad de establecer planes de Desarrollo Profesional ligados a planes de formación continuada de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, por lo tanto del Servicio Andaluz de Salud. Por otro lado plantea la necesidad de desarrollar/implementar acciones formativas con criterios de adecuación y pertinencia y por último establece la necesidad evaluar el impacto del aprendizaje a través del desarrollo de metodologías específicas.

Todo esto debido a que la gestión de la formación continuada es considerada como un factor clave en el Desarrollo Profesional, tal como lo determinan las leyes básicas del Sistema Nacional de Salud y en particular el Estatuto Marco que configura la formación como un derecho y un deber de los profesionales y así se reconoce en el Acuerdo de 16 de mayo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de políticas de personal para el periodo 2006-2008.

La formación continuada por tanto, al adquirir la condición de derecho, se convierte a la vez en una obligación del profesional y se debe concretar en los planes de desarrollo individualizados que se diseña a partir de las necesidades detectadas en la Evaluación del Desempeño Profesional, las necesidades derivadas del modelo de Acreditación del SSPA y las derivadas del Modelo de Carrera Profesional del SAS.

Todo ello estará enmarcado y orientado prioritariamente a las siguientes áreas formativas: La gestión por competencias, la gestión por procesos asistenciales, la atención al usuario, la gestión clínica, los planes de cuidados de enfermería, el uso racional de medios diagnósticos, las infecciones nosocomiales, la higiene de manos y otras medidas de prevención y control de las infecciones, el uso racional del medicamento y medios tecnológicos y terapéuticos, los sistemas de información, , la gestión de compras y la prevención de riesgos laborales.

Se dará una especial relevancia a la necesidad de acreditar las actividades formativas realizadas en el Centro según el procedimiento establecido en el *DECRETO 203/2003, de 8 de julio*, por el que se regula el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y cuyos objetivos nacen de las necesidades siguientes:

- a) Mejorar la calidad de la formación continuada sanitaria, contribuyendo a mantener y aumentar las competencias de los profesionales sanitarios.
- b) Adecuar la formación continuada sanitaria a las necesidades de salud de los andaluces y al desarrollo tecnológico, científico y de organización, eficaz y eficiente, del sistema sanitario y sus profesionales.
- c) Garantizar la calidad de las prestaciones sanitarias a través de la formación continuada, herramienta fundamental de la política de gestión de personas y fórmula de garantía de eficacia de cualquier proceso de transformación y cambio.





Siguiendo la Instrucción nº1/05 de la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento, sobre el sistema de autorización de los tutores de los especialistas en formación en el SSPA, las Comisiones de Docencia y Comisiones Asesoras realizarán el proceso de autorización de los tutores.

Las Direcciones de Distrito nombrarán a los tutores tras realizarse el proceso de autorización.

Desde las Comisiones se potenciarán la acreditación docente en Medicina Familiar y Comunitaria, según el estudio de necesidades de formación postgraduada de la DGAS.

Estos procesos de acreditación deberán tener el informe favorable de la Comisión y de la Dirección Gerencia del Distrito. Las solicitudes de acreditación se dirigirán a la DGAS, para su tramitación oportuna.

## **8.1. APOYO A LOS PROFESIONALES**

El Distrito implantará los acuerdos, recomendaciones, directrices clínicas y asistenciales que con la participación de las Sociedades Científicas y de los Profesionales Sanitarios en general se desarrollan en la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Los Distritos en los cuales se encuentren ubicados centros sanitarios en barriadas o zonas con necesidades de transformación social elaborarán y desarrollarán las medidas de organización funcional y estructural del centro así como programas específicos de formación necesarias como apoyo profesional y una adecuada atención a los usuarios.

Se llevará a cabo una evaluación y analizará inicialmente las necesidades específicas de cada centro y se harán propuestas de mejora en cuanto a la organización funcional, estructural y formativa orientada a los profesionales y la población. Todas las evaluaciones propuestas y actuaciones emprendidas serán enviadas a los SSCC (a la Subdirección de Coordinación de la Salud).

## **9. GESTIÓN AMBIENTAL**

Como culminación del objetivo (2004-2008) de implantación del Sistema Integral de Gestión Ambiental del SAS, a lo largo de 2008, el alcance de la certificación del SIGA SAS incluirá a la totalidad de centros dependientes del Organismo.

Siguiendo con la línea marcada en años anteriores todas las contrataciones de prestación de obras y servicios, tanto en actividades asistenciales como de soporte, han de incluir cláusulas tendentes a la asunción del adjudicatario de la titularidad de los residuos generados en la prestación del mismo. Igualmente los Pliegos de Prescripciones Técnicas han de incluir cláusulas tendentes a la minimización del impacto ambiental inherente a la prestación del servicio (consumo de agua, energía, vertidos contaminantes, etc.).

En 2008 como medida de corresponsabilización en la gestión de residuos, los centros asumirán el gasto del excedente de producción según los criterios que se determinen por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Siguiendo con la política de reducción en el consumo de recursos naturales, salvo compromisos previos que lo imposibiliten, el 35 % del total del papel consumido en el centro durante 2008 deberá ser de reciclado, preferentemente con procesos de blanqueado libres de cloro total o parcialmente (E.C.F. o T.C.F).

En consonancia con las directrices emanadas de la U.E. todos los centros incluirán medidas tendentes a la desaparición del uso del mercurio en los aparatos médicos de medición. A lo largo de 2008, al menos el 25% de los centros han de tener sustituidos los principales aparatos de medida (tensiómetros y termómetros) por otros de tecnología carente de este tóxico.

Como línea de acción tendente a la disminución de emisiones procedentes de vehículos, los centros articularán medidas al objeto de facilitar, especialmente a los trabajadores de los mismos, el acceso a los mismos potenciando el uso de transportes públicos y vehículos compartidos. Estas medidas han de ser evaluadas periódicamente.

## **10. ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

El Decreto 241/2004, de 18 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud, le atribuye a la **Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del Servicio Andaluz de Salud las competencias necesarias para el** continuo desarrollo de un marco organizativo y normativo a través de la definición y desarrollo de nuevas políticas de recursos humanos que permitan el desarrollo de las competencias de nuestros profesionales, con el objetivo último de propiciar la mejor atención sanitaria a los usuarios de nuestro Sistema, entendiendo que el pilar fundamental en que se basa la mejora continua, es el inmenso potencial que poseen las personas que trabajan en esta Organización.

La firma del Acuerdo entre el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos integrantes de la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de Política de Personal para el periodo 2006-2008, firmado por unanimidad con todas las Organizaciones Sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, y su posterior ratificación por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía y publicación en el BOJA el 31 de julio, supone un nuevo marco que está permitiendo el desarrollo de nuevas líneas de políticas de personal esenciales para la Organización como el Modelo de Carrera Profesional, cuya finalidad básica es la búsqueda del reconocimiento del profesional del Servicio Andaluz de Salud mediante la evaluación y acreditación de sus competencias, de los resultados asistenciales que consigue, de la evaluación de su desempeño profesional y de otros méritos relacionados con la formación continuada acreditada, la docencia, la investigación y el compromiso con la organización.

Por otro lado el nuevo modelo de reordenación de la atención urgente tanto en el ámbito de la Atención Primaria, como en el de la Atención Especializada que permite la adecuación de nuestros profesionales a lo regulado en el Estatuto Marco sobre tiempos de trabajo y el régimen de descansos de los trabajadores entre jornadas de trabajo a la vez que facilita y mejora la conciliación de la vida familiar y laboral de nuestros profesionales, modelo innovador y sin precedentes en el Sistema Nacional de Salud.

Por último, mediante la publicación de la Resolución 2215/07 de 20 de Agosto de la Dirección Gerencia, se apuesta por la unificación de los incentivos económicos ligados a la consecución de resultados en las Unidades de Gestión Clínica, con los incentivos procedentes del Modelo de Complemento al Rendimiento Profesional, sin renunciar a seguir recompensando el especial esfuerzo y desempeño individual de nuestros profesionales, manteniendo diferencias retributivas según el grado de dificultad de los objetivos definidos en función de la constitución o no del grupo de profesionales como Unidad de Gestión Clínica.

De manera que hacemos una invitación a seguir trabajando como cada año con la intención de mejorar el grado de implicación de nuestros profesionales, a través de su desarrollo profesional, que permita a su vez garantizar la mejor asistencia sanitaria, orientada al ciudadano y asegurando la mayor satisfacción de los usuarios con el trabajo que realizamos en el Servicio Andaluz de Salud.

## **11. ÁREA DE GESTIÓN ECONÓMICA**

Los objetivos del área económica para el periodo 2005-2008 persiguen que el nivel de ejecución del presupuesto, su concreción contable y la cobertura de necesidades sean los adecuados para ofrecer un balance de eficiencia y calidad.

### **11.1. GESTIÓN PRESUPUESTARIA**

En el periodo 2005 a 2008 el Distrito ajustará su nivel de gasto a los importes globales que resulten de la aplicación del modelo de financiación establecido sobre una base capitativa.

Para ello en el ejercicio 2008 el Distrito deberá realizar las acciones necesarias que le lleven a conseguir los resultados fijados en este Contrato Programa.

En el periodo 2005 a 2008 se mantendrá el subsistema de información de presupuestos en los términos consolidados en los ejercicios anteriores constituyendo el cuadro de mandos para la toma de decisiones tanto por parte de los directivos del centro como para la Dirección del SAS.

Durante el periodo 2005 a 2008 el centro mantendrá los objetivos de regularidad de ejecución presupuestaria y de contabilización de obligaciones como elementos básicos para asegurar la eficiencia y continuidad de los procesos de carácter económico.

En el mismo sentido, la evolución de la realidad presupuestaria ha de ser coherente con la que es captada desde los sistemas de información de gestión analítica y financieros.

### **11.2 GESTIÓN DE COMPRAS Y LOGÍSTICA**

Las principales líneas de actuación del Servicio Andaluz de Salud en materia de compras y logística durante el año 2008 se centrarán sobre los siguientes contenidos:

1. Promover la planificación de las necesidades y ejecución de las compras en todos los niveles de la organización, como estrategia de racionalización y mejora continua de la eficiencia.
2. Potenciar la introducción de prácticas de gestión en los procesos de compra que refuercen la estrategia corporativa del Servicio Andaluz de Salud.
3. Consolidar las existentes e implantar nuevas herramientas de soporte del sistema corporativo de compras.
4. Continuar avanzando en el diseño, desarrollo e implantación del Sistema Integral de Gestión Logística (SIGLO<sup>®</sup>) y en el proceso de articulación del Sistema Corporativo de Logística.

Para la consecución de tales objetivos, los Distritos:

- Otorgarán la máxima prioridad a eliminar los obstáculos que limiten o condicionen el funcionamiento pleno de las herramientas corporativas de compras (Catálogo y Banco de Productos, *Publiline*) en su ámbito de responsabilidad.
- Identificarán los productos que deseen adquirir única y exclusivamente mediante la pauta definida por el Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), especialmente en los documentos necesarios para la contratación del suministro.
- Exigirán a sus proveedores, mediante obligación contractual:
  - La identificación de sus productos mediante Código EAN, y su simbolización en código de barras en los envases y embalajes de los mismos, conforme a las instrucciones fijadas por la Dirección Gerencia y la Dirección General de Gestión Económica.
  - De acuerdo con las directrices que a La identificación en los documentos de soporte de la transacción comercial a través del Estándar Corporativo de Identificación (Código SAS, Código CIP y Código EAN), y cuando corresponda el número de inscripción en el Registro de Implantes Quirúrgicos del Servicio Andaluz de Salud.
  - Los requerimientos logísticos relativos a la entrega de los productos suministrados, este respecto acuerde la Dirección General de Gestión Económica.
- Adaptarán la organización y el funcionamiento de su sistema logístico propio a los criterios contenidos en el Manual de Acreditación y Procedimientos Logísticos aprobado por la Dirección General de Gestión Económica.
- Promoverán la participación de los profesionales de sus Centros en los procesos de evaluación vinculados al Banco de Productos y en los programas de formación y actualización organizados al efecto.

Formalizarán pactos de consumo con todas sus Unidades y Servicios con relación a la actividad que desarrollan, e incorporarán la información contenida en dichos pactos a los sistemas corporativos de información y gestión, para su seguimiento y control.

### **11.3 GESTIÓN FINANCIERA**

En la línea emprendida en el periodo 2001-2004, de potenciar e incrementar las actuaciones en el área de ingresos y reducir el periodo medio de pago (entendido éste, en la fase en que a la tramitación de las obligaciones se refiere) se plantea para el año 2008 como objetivos prioritarios en el marco de la Tesorería: la potenciación del procedimiento de liquidación de derechos y análisis de las demoras en la tramitación de liquidaciones,



mediante la utilización del módulo que a tal efecto se ha desarrollado en el Sistema Unificado de Recursos (S.U.R.) de la Junta de Andalucía, y la reducción del periodo de disposición –para pago– en ámbito de Tesorería, o Gestor Pagador en caso de que se liquiden por el centro, de las obligaciones a pagar. Todo ello, integrado en el marco de una Unidad que realice las funciones de Tesorería –Ingresos y Pagos– del Órgano Gestor.

#### **Objetivos de Ingresos:**

- Cada centro deberá alcanzar un número de liquidaciones notificadas equivalentes al que figura en el anexo de objetivos dentro de la Línea de Acción 1.5. “Servicio y asistencia a no beneficiarios”.
- En el ejercicio 2008 todos los centros deberán facturar la asistencia sanitaria prestada a asegurados de países de la Unión Europea (UE), del Espacio Económico Europeo (EEE) y de Suiza, mediante la aplicación FISS-WEB del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

#### **Objetivos de Pagos:**

- Las facturas que se sitúen en ámbito de pagos –Anticipo de Caja Fija o Tesorería Central- no deberán haber superado un tiempo de tramitación superior a los 40 días desde su fecha de recepción. Se anotará en el haber de cada centro el cálculo del interés, al tipo vigente, que resulte de la diferencia en días desde los 40 hasta la fecha de su efectiva situación en ámbito del Gestor Pagador, en caso del Anticipo de Caja Fija, o de Tesorería, en caso del pago en firme.

### **11.4. CONTABILIDAD DE COSTES (COAN-HYD)**

Durante el año 2002 se implantó la nueva aplicación de Contabilidad analítica de gestión de centros de responsabilidad “Coan-hyd”, con el diseño del mapa de centro sanitario y datos históricos del año 2002. Durante los ejercicios siguientes se ha desarrollado y consolidado la nueva aplicación en la práctica totalidad de los centros

Los objetivos para el periodo 2005-2008 son los siguientes:

- Elaboración y remisión a SS.CC. del Coan- hyd del año anterior antes del 29 de Febrero del 2008, con los requisitos de calidad que se establecen en la línea de Acción 1.6. del Anexo de Objetivos:
- El mapa del distrito incorporado en el Coan- hyd debe reflejar la realidad del mismo, en cuanto a centros de responsabilidad y líneas funcionales pertinentes.
- Direccionamiento correcto de costes, actividad e interconsumos a los centros de responsabilidad y cada una de sus líneas funcionales, previa organización de los sistemas de información del distrito, para incorporar el máximo de datos de manera automatizada.

- Los objetivos que se pacten con los centros de responsabilidad y/o unidades clínicas concretados en su presupuesto clínico y operativo deberán estructurarse siguiendo el formato incorporado en el programa de Contabilidad Coan-hyd y serán coherentes con la financiación del centro, de manera que su suma se corresponda con la financiación total recogida en el contrato programa.
- El seguimiento de dichos objetivos plasmados en los informes mensuales del Coan-hyd, deberán entregarse a los responsables de dichos Servicios, unidades clínicas, y resto de centros de responsabilidad, con periodicidad mensual, con objeto de que constituyan un verdadero instrumento de control de gestión.

Los Distritos facilitarán y participarán en las auditorías selectivas que se planteen desde los SSCC para constatar el cumplimiento de los objetivos relacionados con este programa.

## **11.5. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL Y GERENCIA DEL RIESGO**

La gestión del riesgo es una función directiva que se incorpora a las tareas diarias de dirección y gestión midiendo la calidad del trabajo.

Es un instrumento de gestión que se incorpora al Contrato Programa como un indicador de calidad asistencial a alcanzar (minimizar el número de siniestros) que debe tener una repercusión en términos de dotación presupuestaria, dado el coste económico que estos tienen para el Organismo, a través de las indemnizaciones a los ciudadanos afectados y como consecuencia el encarecimiento de las primas de las pólizas contratadas.

Los objetivos a alcanzar en el periodo 2005-2008 son:

- Identificar las situaciones que inciden en la asunción de responsabilidad patrimonial en las reclamaciones consecuencia de un funcionamiento normal de los servicios sanitarios por la falta de antecedentes médicos documentales.
- Establecer mecanismos de prevención de estas situaciones.
- Agilizar la tramitación del procedimiento administrativo en materia de responsabilidad patrimonial mediante el cumplimiento de los plazos establecidos en las Instrucciones dictadas al efecto.

Para ello, los centros cuidarán especialmente los siguientes aspectos:

- **Consentimiento Informado:** Los procesos, tanto diagnósticos como terapéuticos, recogidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, deberán ir acompañados del documento de consentimiento informado debidamente cumplimentado en su totalidad y recogiendo las alternativas terapéuticas. Informado el paciente, deberá anotarse en la Historia Clínica.



- **Obstetricia:** Una de las principales causas que originan expedientes de responsabilidad en Atención Primaria, son las derivadas de los “Riesgos del Embarazo”. Por tal circunstancia, se constatará y anotará en la Historia Clínica, que a la mujer se le informa de los mismos en tanto éstos existan.
- **Servicios de Urgencias:** Deberá cumplimentarse adecuadamente el informe de urgencias, desde el registro de la hora de entrada y salida, hasta la especificación de la derivación del paciente al especialista o médico de cabecera, que siempre deberá aparecer de forma clara y precisa.
- **Extravío de Prótesis:** Se establecerán con carácter general protocolos para la custodia y depósito de las prótesis que puedan portar los pacientes.





## **12. ÁREA DE INVERSIONES**

El Servicio Andaluz de Salud realizará un plan especial en infraestructuras, mantenimiento y reposición de los Centros de Salud actuales y continuará con el plan de inversiones de nuevos Centros de Salud en Andalucía. Para ello, pondrá en marcha un sistema de identificación de necesidades, que permita la asignación de recursos para garantizar la idoneidad en el mantenimiento de los centros de salud andaluces. El Distrito, participará en la identificación de estas necesidades y será el responsable de su resolución.

Se elaborará una nueva guía de diseño de infraestructuras y equipamiento de los Centros de Atención Primaria del futuro, adaptándolos a las nuevas necesidades de los ciudadanos, profesionales, y a las nuevas tecnologías.

El Servicio Andaluz de Salud optimizará su grado de ejecución presupuestaria en las operaciones de capital (con excepción de las correspondientes al servicio 07, salvo financiación efectiva y material del mismo), aproximándose en todo lo posible a la ejecución del 100% del total del crédito definitivo de los capítulos VI y VII de su presupuesto de gasto.

## **13. ÁREA DE FINANCIACIÓN**

Se entiende como financiación la asignación presupuestaria que la Dirección del SAS establece para que los distritos presten asistencia sanitaria a los ciudadanos. La financiación constituye un elemento de regulación básico que ha de ser coherente y estar integrado con la cartera y oferta de servicios del distrito.

Un objetivo básico del SAS es lograr una producción óptima de Servicios Sanitarios con los recursos disponibles. Para ello, el modelo de financiación de los distritos diseñado se configura como un modelo prospectivo en el que se establecen un presupuesto global cerrado para cada distrito y los correspondientes objetivos de actividad.

El modelo vinculará progresivamente la financiación para el periodo 2005-2008 a la población de referencia ajustada por edad (TAE) del distrito. Este modelo trata de forma diferenciada las características específicas de cada distrito (cobertura de atención continuada y dispersión geográfica), permitiendo configurar el presupuesto como una herramienta de gestión.

Las siguientes cláusulas regulan el marco financiero del presente CP:

- El marco financiero elaborado para este Distrito debe ser considerado como definitivo para el ejercicio del año 2008.
- Los recursos financieros asignados al Distrito para el año 2008 se detallan en el anexo de objetivos económicos de este CP.
- El Distrito acometerá las mejoras de gestión necesarias que le permitan alcanzar los compromisos de este CP, adecuándose a la dotación establecida.
- Las propuestas de prestaciones adicionales a las contempladas en el presente CP para el año 2008 requerirán la aprobación de la Dirección del Organismo. El modelo de financiación para el año 2008 contempla tres bloques de financiación:
  - Financiación por atención sanitaria a la población.
  - Ingresos diferenciales.
  - Autorización de nuevos servicios 2008.

### **13.1. FINANCIACIÓN POR ATENCIÓN SANITARIA A LA POBLACIÓN**

El modelo financiero de asignación a cada distrito para atención sanitaria a la población adscrita se estructura mediante el ajuste de una tarifa sobre una base capitativa (TAE) y considerando la dispersión geográfica y la cobertura de atención continuada de cada centro. Esta financiación constituye un máximo de autorización de gasto.



## **13.2. INGRESOS DIFERENCIALES**

Recogen la financiación para programas o servicios específicos que no tienen una base capitativa como son las inversiones y otros programas específicos.

## **13.3. AUTORIZACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS 2008**

Este apartado recoge la financiación específica para la puesta en marcha de nuevos servicios durante el ejercicio 2008.

Estos nuevos servicios deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Significar un incremento substancial en la cartera de servicios o en la estructura funcional del centro.
- Contar con la autorización expresa por parte de la Dirección del Organismo, tanto del nuevo servicio, como de su financiación.
- No estar incluidos dentro de aquellos otros nuevos servicios que puedan ser autorizados con cargo a mejoras de gestión de cada centro, y, por tanto, ser financiados en base a la redistribución de los recursos propios del mismo.
- No haber sido autorizados como nuevos servicios en ejercicios anteriores, en cuyo caso su financiación ya está contemplada en el apartado primero del Modelo.

## **14. ÁREA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

En el marco de la estrategia de implantación de sistemas de información corporativos, durante el período de vigencia de este contrato-programa el Distrito implantará el sistema de Historia Digital de Salud, Diraya, en los siguientes ámbitos:

- Citación para servicios de Atención Primaria
- Área Clínica de Atención Primaria. Procesos Asistenciales
- Citación de consultas externas y pruebas diagnósticas
- Dispositivos de Urgencias
- Prescripción electrónica

Previamente el Distrito deberá tener implantados los subsistemas de soporte: Base de Datos de Usuarios, Módulo de Estructura y Módulo de Acceso Centralizado de Operadores.

La Base de Datos de Usuarios es el fichero de pacientes común para todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Distrito se compromete al uso correcto de la misma, a velar por la calidad de sus datos y al cumplimiento de los procedimientos establecidos. Velará específicamente por evitar la introducción de duplicados y por la depuración de los mismos. Le corresponde la validación de las propuestas de alta –que inicia automáticamente la tramitación de la tarjeta- , así como el registro de las solicitudes de tarjeta (por pérdida, deterioro, error de datos, no recibida...), que se produzcan en su ámbito territorial. La validación o rechazo de las propuestas de alta debe realizarse en un plazo de un mes. El Distrito gestionará las tarjetas devueltas por Correos, verificando el domicilio y reenviándolas a sus destinatarios.

Los Centros de Atención Primaria ofertarán sus servicios a través de las agendas de Diraya. Esta oferta debe estar abierta a InterSas-Cita SMS y, en la medida en que se realice la extensión del proyecto de Salud Responde, estas agendas serán ofertadas a través de dicho servicio.

Los Centros de Atención Primaria utilizarán los gestores de peticiones de interconsultas y pruebas diagnósticas y el módulo de Citación de Diraya para la solicitud y/o citación de interconsultas y pruebas diagnósticas.

El Distrito realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación del Módulo Clínico de Atención Primaria de Diraya. En coordinación con la Secretaría General migrará todos los puntos de TASS a Diraya donde la Red Corporativa de la Junta de Andalucía disponga de comunicaciones adecuadas. Esta migración incluirá por parte del Distrito la formación de sus profesionales y en los centros de tres o menos puestos cliente la distribución e instalación del hardware. Impulsará el registro de toda la información clínica en la Historia Digital de Salud por parte de sus profesionales.

El Distrito realizará las actuaciones que le correspondan en la implantación del Módulo de Urgencias de Diraya. Impulsará la utilización del mismo en todos los actos sanitarios realizados en sus dispositivos de urgencias.



A partir de la implantación del Módulo Clínico de Atención Primaria y del Módulo de Urgencias, y en la medida en que se extienda el proyecto Receta XXI, el Distrito impulsará la prescripción de todo tipo de tratamientos por este sistema, independientemente de la duración de los mismos (máximo de un año).

El Distrito migrará su actual solución de gestión de suministros a la nueva aplicación corporativa que establezca la Central Logística de Compras. Esta migración incluirá la formación del personal así como la implantación de la misma.

El Distrito implantará y mantendrá actualizado el Directorio de Recursos Informáticos de su centro, siendo la información recogida en éste la única oficial a efectos de planificación y gestión de estos recursos, estando sujeta a auditoría por parte de la Dirección Regional de Recursos Informáticos.

El Distrito velará por el cumplimiento de la política de seguridad y confidencialidad en el tratamiento de la información que dicta la Secretaría General. Asegurará la implantación y difusión entre el personal del Manual de Seguridad de la Información Corporativa aprobado por la Secretaría General. Así mismo, dado que la gestión de operadores se realiza de manera descentralizada, el Distrito garantizará la correcta asignación de perfiles e informará a los operadores de su papel en el uso de los datos. Los operadores deben aceptar las obligaciones que conlleva dicho acceso, según la legislación vigente, y comprometerse por escrito a utilizar los datos únicamente para las funciones establecidas en el SSPA y para las que son recogidos; a cumplir las normas básicas de seguridad de acceso y a mantener el obligado secreto profesional en relación con los datos que puedan manejar. El Distrito gestionará las bajas de operadores que correspondan.

El Distrito velará por el cumplimiento de las normas de utilización de sistemas informáticos establecida por la Junta de Andalucía y las que en su desarrollo establezca la Secretaría General.

El Distrito incluirá entre sus planes de formación continuada el aprendizaje y perfeccionamiento en el uso de las herramientas de información corporativas.

El Distrito facilitará la asistencia y el trabajo remoto del personal que le sea requerido para el desarrollo de proyectos corporativos por la Secretaría General.

## **15. ÁREA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN**

En el 2008 el importante desarrollo tecnológico experimentado en la red de centros de atención primaria, sigue constituyendo un elemento de estratégica prioridad seguir abordando la potenciación, ordenación y sistematización de los sistemas de información, con la finalidad de dar un salto cualitativo que nos permita afianzar la toma de decisiones en el conocimiento objetivo de la realidad y la gestión cotidiana en el control y seguimiento de los elementos que intervienen en la misma, fundamentalmente en lo que respecta a los siguientes aspectos:

- El desarrollo de DIABACO, para recoger las normas de calidad de los procesos, la actividad de los profesionales y los requisitos del desempeño profesional necesarios para la acreditación de los diferentes niveles de la carrera profesional.

- El desarrollo de DIRAYA, sobre todo en los aspectos relacionados con la actividad de enfermería y el producto sanitario a través de los ACG.

- El desarrollo del sistema de información de las urgencias y emergencias a través de MTI.urgencias

Los sistemas de información que por su carácter básico y común para toda la atención primaria se consideran prioritarios desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, son los siguientes:

- 1.- Base de datos de Usuarios del SSPA: BDU, y sus aplicaciones de acceso: GADU y de explotación estadística: MTI-BDU
- 2.- Registros de actividad y de indicadores clínicos a través del Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria: SIGAP, para los centros que aun mantengan el modelo de historia clínica TASS, así como para los dispositivos de apoyo.
- 3.- Historia sanitaria digital única de Andalucía: DIRAYA
- 4.- Explotaciones estadísticas de la historia sanitaria digital de Andalucía realizadas a través de aplicaciones de gestores de bases de datos, y en concreto de actividad realizada: MTI-citas y el módulo de explotación de la información clínica: DIABACO.
- 5.- Sistema de información geográfica del SSPA: SIG, también denominado GIS.
- 6.- Sistema de Información de farmacia: SIFARMA
- 7.- Contabilidad analítica de los centros de gasto de atención primaria: COAN-DyH
- 8.- Sistema integrado de alerta (SIA)
- 9.- Encuestas de satisfacción de los centros de atención primaria

La Base de Datos de Usuarios es el fichero de pacientes común para todos los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía. El Distrito se compromete al uso correcto de la misma, a velar por la calidad de sus datos y al cumplimiento de los procedimientos establecidos. Ejercerá un riguroso control sobre la validación de propuestas



de alta, evitando la introducción de duplicados. Realizará depuración de duplicados y controles de calidad de los datos.

Mantendrá una estrecha colaboración con el/los Hospital/es a los que tengan que validar sus propuestas de alta.

El Distrito mantendrá permanentemente actualizados los datos de su estructura física (consultas, salas...) en el Módulo de Estructura y solicitará a la Subdirección de Coordinación de Salud de la Dirección General de Asistencia Sanitaria las modificaciones que desee introducir en su estructura funcional: a) Unidades básicas como centros de atención primaria, con sus correspondientes claves médicas, unidades clínicas, zbs, etc.; b) Unidades del Dispositivos de apoyo, como gabinetes odontológicos, salas de fisioterapia y rehabilitación, gabinetes radiológicos, etc.; y c) Unidades de cuidados críticos y urgencias que conforman los DCCU.