

- Nos escriben página 2
- Entrevista con Andrés Moreno,
director del centro de salud El Valle página 3
- Memoria SAS 2002. Resumen páginas 4 y 5
- Vacuna contra la gripe página 6
- Base de Datos del Usuario página 7
- Código numérico personal página 8
- OPE extraordinaria página 8

Editorial

La gripe es una enfermedad de elevado potencial epidémico por los mecanismos de transmisión del virus.

La vacunación de los propios profesionales sanitarios que tienen contacto con pacientes

con las respuestas inmunológicas alteradas, constituye un objetivo relevante cuando se trata de evitar la transmisión de la gripe.

Pero las coberturas que se suelen conseguir en el personal sanitario no son las óptimas. Si se obtiene una buena cobertura entre nosotros, junto al beneficio personal, se podrá evitar una importante vía de transmisión de la gripe a las personas que peor van a enfrentarse a ella y mayores complicaciones pueden sufrir. La inmunización confiere títulos protectores de anticuerpos en el 90% de adultos sanos y es muy segura.

Actualmente tiene escasos efectos adversos, únicamente, alguna reacción local, como dolor o eritema.

Por todos los motivos expuestos, queremos llegar a todos los profesionales de los servicios sanitarios del SAS, en contacto con personas enfermas y débiles. Considerando la eficacia y seguridad de la vacuna, las coberturas de vacunación entre los profesionales sanitarios debían incrementarse, especialmente las de aquéllos pertenecientes a servicios hospitalarios en los que la transmisión de la gripe de los profesionales sanitarios a los pacientes puede revestir mayor gravedad. En todos los centros sanitarios se encuentra disponible la vacuna contra la gripe.

2003: la Atención Primaria avanza

El 2003 está siendo un buen año para el desarrollo de la atención primaria en Andalucía. Y ello por dos razones fundamentales: La primera es que las instituciones y los profesionales hemos unido las fuerzas de cara a conseguir el compromiso común de lograr el desarrollo óptimo de la red de atención primaria. En este sentido, suscribimos un Pacto andaluz en marzo de 2002 la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, la Asociación de Pediatras de Atención Primaria de Andalucía y la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria, con el SAS. Pacto que está en pleno desarrollo mediante el esfuerzo que están llevando a cabo los grupos de trabajo previstos en el mismo, abierto a cualquier aspecto, realmente participativo y reflejo de credibilidad y confianza entre todas las partes. Y la segunda razón para considerar que éste es un buen año es por el importante avance que se está produciendo en la implementación de nuevos servicios y recursos.

Desde la ZBS de Ayamonte (Huelva) hasta la de Cuevas de Almanzora (Almería); desde la ZBS de Pozoblanco (Córdoba) hasta la de Tarifa (Cádiz), pasando por nuestras grandes ciudades, todo el territorio y la población andaluza reciben actualmente los servicios de atención primaria con la red reformada. Concluido en Andalucía en diciembre de 2001 este proceso histórico de transformación de los servicios —y aun pendiente en otras CC.AA.—, nos situamos en el primer nivel asistencial ante un doble reto: por un lado la consolidación de altos niveles de

calidad y de capacidad resolutoria y por otro un decidido avance en el desarrollo de las nuevas tecnologías aplicadas a la atención sanitaria. ¿Cuál es el punto de partida frente a este doble reto?

- Tenemos un modelo organizativo en Andalucía de sistema sanitario que apuesta claramente por la primaria como puerta de entrada a los servicios, como "gestor de casos", mucho más allá que como un mero "nivel de acceso". Y apostamos por la autonomía profesional a través de la unidad de gestión clínica y por la calidad.
- Tenemos un pacto de desarrollo de una nueva atención primaria firmado con profesionales y usuarios que incluye los temas más importantes: el incremento de la capacidad resolutoria y el incremento de tecnología; la implantación de la historia de salud digital; el cupo de 1.500 personas máximo por médico de familia; las citas; la desburocratización de las consultas y centros; el perfil profesional que prime la formación y competencia profesional del médico (también para la enfermería) en la contratación temporal; la formación e investigación,

Fotografía: Guillermo Mendo.



Todos los números editados de **El SAS información** están disponibles en nuestra página web: www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



• **Aportar nuestras experiencias**

Recientemente se han cumplido cinco años desde la creación de la Unidad Clínica de Gestión del Servicio de Enfermedades Infecciosas del hospital universitario Virgen del Rocío, de Sevilla. Aunque los miembros de esta Unidad partíamos de la idea de que su creación suponía una buena utilización de los recursos en aras de obtener una mejor calidad en la asistencia sanitaria, no sabíamos exactamente en qué consistía ni lo que podría suponer en el futuro pertenecer a ella, por lo que en un principio nuestra implicación en la Unidad estuvo impulsada por el entusiasmo profesional que nuestro jefe de servicio nos transmitió.

En lo que a mi respecta, soy personal administrativo de la Unidad, era un cambio conceptual de mi trabajo ya que habían transcurrido doce años desde mi incorporación a la Unidad de Enfermedades

Infecciosas hasta su paso a Unidad Clínica de Gestión. Durante esos años he visto una evolución paulatina consistente en ampliar y adaptar las tareas básicas de una auxiliar administrativa de hospitalización, hasta considerar como objetivo la calidad total, tener en cuenta las expectativas de los pacientes en la actuación profesional, con los consiguientes procesos de formación y de adquisición de conocimiento específicos, para finalmente valorar al ciudadano/paciente como centro del sistema sanitario.

La experiencia adquirida en estos cinco años y la posibilidad de aprovechar los datos que a diario manejo en mi trabajo en la Unidad me impulsaron a realizar una comunicación que mostrara esta nueva manera de gestionar. Así nació "Una mirada al pasado: cinco años de Unidad Clínica de Gestión en un servicio de enfermedades infecciosas".

Esta comunicación se presentó en las "XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda". La experiencia de participar activamente en aquellas jornadas fue muy rica, tanto que ya me encuentro inmersa en nuevos trabajos sobre las conclusiones obtenidas.

Aporto este testimonio porque me gustaría que mis compañeras/os, sea cual sea la categoría profesional que desempeñen, se animen a dar conocer todas aquellas experiencias e iniciativas de su trabajo que crean útiles y que pueden hacer avanzar hacia la calidad a todos lo que formamos el sistema sanitario público de Andalucía.

Ángeles Suárez Arjona
Secretaría de la U.C. de Enfermedades Infecciosas
Hospital Universitario Virgen del Rocío

viene de portada

los procesos, etc. No se ha suscrito ningún pacto en el conjunto del Estado similar en objetivos y contenido.

• Tenemos unas herramientas importantísimas e inéditas que nos colocan en una posición privilegiada para hacer una buena consulta clínica, un buen trabajo de salud y para gestionar bien los servicios. Hemos desarrollado una red informática sanitaria e integral (la mayor red de informática sanitaria integrada de España) que facilita nuevas formas de asistencia clínica, de información sanitaria, de comunicación, y de gestión. Y de igual importancia, la historia clínica del proyecto Diraya (ya iniciada su implantación inicial en varios centros y que sustituirá a la historia clínica TASS en poco tiempo). O nuestra Base de Datos de Usuario (la BDU), que coloca a Andalucía en una posición privilegiada para conocer los perfiles de nuestros cupos y para gestionar los cambios de pacientes o ciudadanos. O la Receta XXI (receta electrónica) iniciada su implantación en este mes de octubre. O la prácticamente universalización de la tarjeta sanitaria y cómo ésta está configurada en Andalucía, con un microchip, y lo que va a representar como acceso a la historia de salud.

• Y con un conocimiento y metodología, en términos de opinión ciudadana, que nos permite saber nuestras fortalezas y debilidades. Cómo valora la atención primaria y en dónde no está suficientemente satisfecho. Hemos desarrollado una estrategia proactiva y una metodología sociológica para conocer rigurosa y directamente su opinión.

Llegando este año 2003 a la totalidad de las 216 zonas básicas de salud y a 1.003 centros sanitarios de primaria con 19.600 encuestas realizadas en mayo/junio.

Es cierto que hay que avanzar asimismo en mejorar los niveles de entendimiento y coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, incluso en un mismo nivel entre las distintas categorías profesionales; o en seguir desburocratizando más los centros y las consultas para desarrollar mejor una buena práctica clínica y sanitaria; o en el manejo de la gestión de la consulta en relación las demandas asistenciales de los usuarios... La discusión de estos grupos de trabajo del Pacto están aportando análisis y vías de solución a estos aspectos.

Por otra parte, el desarrollo de la gestión por procesos asistenciales ha sido una importante novedad como guía de la buena práctica clínica, como impulso a la cultura de la calidad, y sobre todo, como elemento facilitador de la comunicación y coordinación de los distintos niveles asistenciales y elemento orientador de un rumbo y un objetivo común.

Otra importante novedad ha sido la creación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace, que permitirá —ya lo está haciendo— potenciar la atención domiciliaria para aquellos que lo necesiten, desde el enfoque bio-psico-social. En el 2003 se han creado 107 nuevas plazas de enfermeras de enlace, así como 20 nuevas enfermeras de familia. Y en la línea de seguir reduciendo el número de población adscrita al médico de primaria,

si el año 2002 se crearon 128 plazas nuevas de médicos en atención primaria, este año se han creado 143 (132 nuevos médicos de familia y 11 pediatras) que están generando un considerable movimiento de desdoblamiento de cupo. La cifra de 1.500 máximo nos refuerza en la mejor ratio de población por cupo de los principales servicios de salud de todo el Estado.

Y en cuanto a las citas se acaba de poner en marcha (septiembre de 2003) un servicio de llamadas para toda Andalucía (*Salud responde*) para facilitar al ciudadano la obtención de citas en los centros de salud. De extensión gradual para toda Andalucía, este centro, con el servicio de dar citas para primaria, es único y pionero en España. Ni por nuestra realidad de los centros y profesionales; ni por los recursos —como todo, siempre mejorables— que se han dispuesto, nunca tantos recursos como ahora; ni por la satisfacción creciente expresada por los usuarios; ni por el clima de colaboración y diálogo mutuo de la administración y las sociedades científicas o profesionales; ni por las previsiones de trabajo y de planteamientos para la atención primaria... Andalucía ha estado nunca en una posición mejor para el desarrollo óptimo de unos servicios de salud como la atención primaria de calidad, científicamente acertada, socialmente útil y satisfactoria y económicamente eficiente. Este es el propósito principal de una asistencia sanitaria y una medicina basada en la evidencia (en las pruebas) y de una gestión basada en la evidencia, también.

“La organización por procesos supone superar la ‘ignorancia’ mutua entre hospital y primaria”

Andrés Moreno aporta su visión sobre los importantes cambios que se están produciendo en la atención primaria andaluza. Al valorar los nuevos instrumentos de gestión, los elementos organizativos y la aplicación de las nuevas tecnologías destaca cómo están contribuyendo a que el nivel hospitalario y la atención primaria estén cada vez más interconexados.

P: ¿Cuáles son las principales innovaciones durante los últimos años en la atención primaria de la sanidad pública andaluza?

R: Es difícil resumir en un corto espacio las principales innovaciones que, en los últimos años, se han desarrollado desde atención primaria (AP), digo difícil porque son numerosas y temo dejar alguna. En primer lugar, para mí sería la consolidación del modelo. Creo que es novedoso, por fin, el no hablar en estos últimos años de la “reforma de atención primaria”, esto es un punto importante que da estabilidad y permite seguir avanzando.

En el apartado asistencial, en primer lugar es importante señalar que el desarrollo de las unidades clínicas permite hacer habitual que se oferten entre sus servicios actividades como cirugía menor, completar el programa de la mujer con el diagnóstico precoz de cáncer de cervix y otra serie de actuaciones que permiten un mayor enriquecimiento de la labor de los médicos y enfermeras, a la vez que contribuye a que la AP interconexione con otros servicios hospitalarios como, por ejemplo, el de anatomía patológica.

Hay que destacar, cómo no, la creación de los equipos comunitarios de rehabilitación y fisioterapia. En nuestra experiencia está permitiendo mejorar los cuidados y vida diaria de pacientes que, por múltiples causas, su capacidad y actividad física se ven mermadas de manera importante. A su vez, al contar con este nuevo recurso produce un cierto “alivio” de la presión percibida por el médico y la enfermera de familia a la hora de enfrentarse con situaciones de difícil manejo hasta ahora, además que hace realidad o actualiza una de las funciones “casi olvidadas” de la AP, como es la función rehabilitadora.

P: ¿Qué otras actuaciones destacadas se han llevado a cabo?

R: Otra actuación a destacar sería la creación de la enfermera comunitaria de enlace, aunque en algunos momentos no ha estado exenta de alguna polémica, como casi todo cambio, pero está permitiendo el mejorar la calidad y la homogeneización de las actuaciones de la enfermería.

P: ¿Qué le parece la apuesta por la organización por procesos asistenciales entre los profesionales de la AP y la hospitalaria?

R: Como cuña entre los aspectos asistenciales y organizativos, destaca sobremedida y creo que sin lugar a duda la “organización por procesos”. Esta apuesta ha permitido, en primer lugar, los “interesantes productos” que constituyen los procesos asistenciales y, en segundo lugar, haber sentado en una misma mesa profesionales de AP y hospitalaria. Su desarrollo contribuirá a la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y, por tanto, permitirá una mejora continua de la calidad. En último lugar es llamativo, desde mi punto de vista, que la reforma de la atención primaria y la lejana jerarquización hospitalaria fueron cambios que han mejorado la organización y la asistencia sanitaria, pero su denominador común es que se hicieron una a espaldas de la otra. La gestión por procesos supone una superación de esa “ignorancia” mutua al considerar un continuo asistencial.

P: ¿Y los avances más significativos que se han alcanzado a nivel personal para los trabajadores de la AP de la sanidad pública andaluza?

R: Yo destacaría los concursos de traslado, la Oferta Pública de Empleo (OPE) y la consolidación de la figura de la matrona. La ganancia en expectativas propiciará una mejora del clima laboral, que culminará con la toma de posesión y al estabilizarse el sistema potenciará las actividades asistenciales y de todo orden, mejorando a fin de cuentas la atención al usuario.

P: Usted participa en la aplicación de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación en la sanidad pública andaluza, sobre todo en la atención primaria, ¿qué le parece esta iniciativa?

R: El uso de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación ha permitido mejoras sustanciales en la atención sanitaria, en la gestión clínica de los servicios, además de la docencia e investigación.

La aplicación TASS y la informatización de



los centros de AP ha facilitado un primer e importante paso en esta dirección. Con su extensión a centros y consultorios ha propiciado una disminución de la carga administrativa, aún importante, y la agilización de los circuitos asistenciales. Pero esta aplicación ya empieza a ser historia y pronto será sustituida por la denominada “Diraya”, que actualmente la estamos pilotando en el Distrito de Jaén. Esta aplicación, más compleja y completa que TASS, ha hecho realidad la anhelada “historia única”, que se utilizará en AP, urgencias hospitalarias, dispositivos de cuidados críticos y urgencias y consultas externas de hospital.

P: ¿Qué otras iniciativas destacaría dentro de las aplicaciones de las nuevas tecnologías en la atención primaria andaluza?

R: Destacaría dos aspectos más y que no se pueden olvidar. El uso de estas herramientas facilita la puesta en marcha del programa “Receta XXI”, tan deseado por médicos y pacientes para la renovación de tratamientos. Esto redundará directamente en una mejora de gran calado, por todos anhelada, que es la de progresar en la minimización de las cargas administrativas de la AP. Estas actuaciones, junto con los acuerdos entre el SAS y las sociedades científicas de AP, permitirán crear la plataforma para continuar en la mejora de la calidad de los servicios.

Por último, destacar que el acceso a la Intranet facilitará tareas asistenciales y organizativas, tales como la petición de analíticas, obtención de resultados de laboratorio, derivaciones a especialistas y, como no, la de acceso a bases bibliográficas que contribuyan a mejorar la asistencia y, por tanto, la atención al ciudadano.

Memoria SAS 2002. Resumen

Plantilla de profesionales

	Directivos	Sanitario facultativo	Sanitario no facultativo	No sanitario	Formación	Total
Distritos	116	6.005	5.410	4.297		15.828
Áreas sanitarias	30	936	1.920	1.081	73	4.040
Hospitales	302	8.274	29.355	16.453	3.055	57.439
Total	448	15.215	36.685	21.831	3.128	77.307

Presupuesto

5.537 millones de euros (9,12% más que 2001).
15,17 millones de euros al día.
740 euros por andaluz al año.

Distribución presupuestaria

Crédito definitivo (euros)

Dirección y servicios generales de salud	15.853.597
Formación y docencia sanitaria	87.888.799
Asistencia sanitaria	3.874.875.499
Hemoterapia	25.669.382
Trasplante de órganos	5.693.306
Prestaciones complementarias y farmacéuticas	1.517.303.649
Servicio de apoyo a la familia	10.062.789
Total	5.537.347.021

Fuente: Sistema de información económica Júpiter 2002.

Actividad en atención primaria

Con respecto al año 2001 se observa el aumento de la actividad en consultas (un 2,2% más de consultas de medicina de familia), el incremento en un 2% de la cirugía menor, la atención a personas por procesos crónicos, alcanzándose coberturas del 80% en diabetes y del 71% en hipertensión. Destaca la cobertura alcanzada, de un 93% de la población diana, en la accesibilidad al Programa de detección precoz del cáncer de mama.

Consultas en el centro de medicina de familia	47.221.522
Consultas en el centro de pediatría	6.485.255
Atención domiciliar de medicina de familia y pediatría	763.922
Servicios de enfermería	22.193.076
Atención domiciliar de enfermería	2.938.877
Pruebas analíticas	3.309.272
Estudios radiológicos	968.271
Interconsultas a especialidades (1ª consulta)	2.341.460
Urgencias médicas atendidas (centro y domicilio)	5.280.973
Capacidad de resolución en urgencias	96,02
Cirugía menor	120.192
Sesiones de fisioterapia	1.657.277
Consultas de odontología	684.368
Consultas de trabajo social (centro y domicilio)	393.098

Fuente: SAS. SIGAP, 2002.



Actividad atención especializada

En los resultados de actividad de atención especializada se destacan las variaciones con respecto a 2001 de:

- Incremento del 14,6% de procedimientos de cirugía mayor ambulatoria.
- Se han atendido un 7,4% procesos más en Hospital de día, cuya cartera de servicios se ha ido incrementando progresivamente, hasta representar en el año 2002 una alternativa a la hospitalización en 5 áreas principales (Hematología, Oncología, Radioterapia, Medicina Interna-Digestivo y Clínica del Dolor) junto a otros ámbitos, y para 17 procedimientos terapéuticos.
- Disminución en 1,3% de la estancia media (7,7 días), aumento de los ingresos.

Ingresos desde admisión	565.430
Estancias	4.338.897
Estancia media	7,7
Primeras consultas	3.784.857
Consultas sucesivas	5.732.318
Total consultas externas	9.517.175
Intervenciones programada con ingreso	142.830
Intervenciones urgentes	74.555
Cirugía mayor ambulatoria	113.905
Otras intervenciones ambulatorias	159.883
Total intervenciones quirúrgicas	491.173
Partos	50.794
Porcentaje de cesáreas	20,65
Urgencias atendidas	3.216.846
Procesos atendidos en Hospital de día	205.237
Donaciones de sangre	253.472
Donantes de órganos	244
Trasplantes renales	335
Trasplantes hepáticos	150
Trasplantes cardíacos	43
Trasplantes médula ósea	204

Fuente: SAS. INHIOS, 2002.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Garantía de plazos de respuesta quirúrgica

Entró en vigor el 1 de octubre de 2002 el Decreto 209/01 de garantía de plazo de respuesta quirúrgica, de 18 de septiembre de 2001. Principales actuaciones llevadas cabo en el 2002 para garantizar un tiempo de respuesta quirúrgica inferior a 180 días:

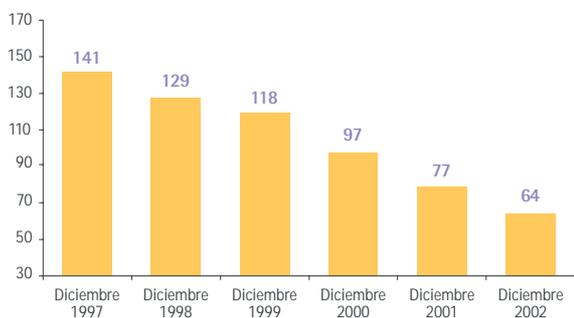
- Puesta en marcha del Registro de Demanda Quirúrgica, común para toda Andalucía. Permite realizar la gestión de la demanda.
- Elaboración con las Sociedades Científicas implicadas de las Indicaciones de los procedimientos quirúrgicos más prevalentes.
- Constitución de comisiones de indicaciones y de programación quirúrgica.
- Aumento de los rendimientos quirúrgicos ordinarios y potenciación de los programas quirúrgicos singulares: autoconcierto entre hospitales, formación de equipos móviles y la cooperación interniveles.

Lista de espera quirúrgica

• Pacientes en lista de espera quirúrgica incluidos en el Decreto de Garantía de Plazos de Respuesta Quirúrgica a 31 de diciembre de 2002: **40.283**.

Estos datos, desagregados por hospitales y actualizados periódicamente, son publicados en la página web del SAS.

Demora Media 1998-2002



Desarrollo de la Gestión Clínica

Se continúa con el proceso de descentralización de la gestión mediante la firma de acuerdos con las Unidades Clínicas.

Atención primaria		Atención especializada	
Total Unidades Clínicas	98	Total Unidades Clínicas	74
Facultativos	1.090	Facultativos	689
Enf/tec/matr.	866	Enf/tec/matr.	1.149
Aux. enfer.	195	Aux. enfer.	797
Total profesionales	2.151	Total profesionales	2.635

Uso racional del medicamento

- Impulso de la prescripción por "principio activo". A final de año el 25% de prescripción era por principio activo (en la actualidad es el 40%).
- Publicación de la Guía Farmacoterapéutica de Hospital 2002 del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Elaboración del Plan de Gestión Integral de la Prestación Farmacéutica entre Distritos y Hospitales.
- Seguimiento periódico del cumplimiento por parte de los hospitales del Plan específico de uso racional del medicamento (primera receta, visado, mejora de perfiles farmacoterapéuticos).
- Convenio con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, firmado el 27 de noviembre de 2002, que recoge la implantación del proyecto receta XXI del SAS (receta

electrónica), y las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia.

- Establecimiento del control sanitario del visado de recetas para los medicamentos que contienen Rofecoxib y Celecoxib.

Gasto farmacéutico 2002

1.399 millones de € en recetas (incluidos medicamentos financiados por la Junta de Andalucía).
 284 millones de € en el consumo farmacéutico de pacientes ingresados en hospitales.
 18 millones de € en vacunas y plan de vacunación andaluz.
 1.701 millones de € total gasto farmacéutico (incremento del 8,78% respecto a 2001).

El gasto a través de recetas ha supuesto un incremento del 8,31% por lo que Andalucía se sitúa más de un punto por debajo de la media nacional que registró el 9,86%.

Historia de salud del ciudadano

20/02/2002 Pilotaje en el centro de salud de Santa Rosa de Córdoba.

01/07/2002 se implantó en los centros de la Zona Básica de El Saucejo (Área sanitaria de Osuna, Sevilla).

En fase de desarrollo:

- La integración del módulo de urgencias con el Hospital Reina Sofía (Córdoba).
- Y la adaptación a las consultas externas.

Los profesionales

Relaciones laborales

Hay que destacar los dos acuerdos fundamentales alcanzados en mesa sectorial en el año 2002:

- La aprobación de las plazas a ofertar en la oferta pública extraordinaria de consolidación de empleo (22 de febrero de 2002).
- Y el nuevo acuerdo laboral y retributivo 2003-2005 firmado el 21 de noviembre de 2002.

Proceso extraordinario de consolidación de empleo

Se han realizado 93 convocatorias de diferentes categorías profesionales, ofertándose un total de 17.290 plazas.

Formación e investigación

- 3.290 actividades de formación continuada: (internas, externas, EASP, etc), 84.344 participantes y un presupuesto de 5.640.720 €
- 2.865 residentes de formación sanitaria especializada en 29 centros hospitalarios y 112 centros de salud.
- 326 alumnos de formación pregrado en AP y 2.838 en AE.

Investigación

	Hospitales Nº	subvención	Distritos Nº	subvención
Nuevos proyectos concedidos en 2002	197	6.463.574 €	11	152.994 €
Proyectos de convocatorias anteriores activos 2002	182	2.787.339 €	16	120.009 €

Un millón de dosis de vacuna antigripal 2003

Como es habitual cada año, a partir del día 1 de octubre comienza en Andalucía la vacunación antigripal para la temporada 2003-2004.

El Servicio Andaluz de Salud invierte este año 3.260.250 euros para la adquisición y distribución de 1.009.800 dosis de vacunas de virus fraccionados.

El principal objetivo de la vacunación antigripal es disminuir la mortalidad por gripe en los grupos de población que presentan un mayor riesgo de complicaciones tras padecer la enfermedad. Por ello, la inmunización se dirige a:

- Niños y adultos con alteraciones crónicas de los sistemas cardiovascular y pulmonar, diabetes y otras enfermedades metabólicas, inmunodeprimidos etc.
- Personas mayores de 65 años.
- Niños que reciban tratamientos de larga duración con salicilatos.
- Residentes en instituciones cerradas con procesos crónicos.

- Personal sanitario y cuidadores de pacientes en riesgo, para evitar la transmisión de la gripe a los mismos.

Este año, la OMS recomienda de manera específica que todos los países inmunicen frente a la gripe a los profesionales sanitarios que tienen un mayor riesgo de presentar gripe o SRAS (síndrome respiratorio agudo severo), así como extender las recomendaciones de la vacunación a personas mayores especialmente en instituciones cerradas y otras poblaciones de riesgo incluyendo las personas con enfermedad cardiovascular crónica, con el fin de reducir al mínimo los posibles casos de confusión entre ambas patologías virales, ya que el SRAS podría aparecer de nuevo en otoño según los expertos.

Ante esta situación, la Consejería de Salud y el SAS recomiendan la vacunación a los profesionales sanitarios que, como cada año, tienen la vacuna a su disposición en los centros sanitarios.

Durante la pasada temporada, 2002-2003, Andalucía registró la máxima incidencia de gripe entre las semanas 4 y 8 (últimas de enero y primeras de febrero).

Toda la información epidemiológica del virus de la gripe se obtiene por el trabajo realizado por el Grupo de Vigilancia de la Gripe de Andalucía, que está constituido por médicos de Atención Primaria y Pediatras, que semanalmente, y a través de una labor de notificación epidemiológica y recogida de muestras faríngeas, aportan información sobre el estado de la epidemia al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Su tarea es de gran importancia porque nos permite conocer tras el aislamiento del virus el inicio de la epidemia en nuestra Comunidad Autónoma con total precisión.

La receta electrónica

El 1 de octubre comienza su implantación gradual

¿Qué es la receta electrónica?

Su finalidad es mejorar la prestación farmacéutica, desburocratizándola. La receta electrónica (Receta XXI) es un nuevo modelo de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la financiación pública que, aprovechando las posibilidades de la actual tecnología informática y de telecomunicaciones, aportará una serie de ventajas respecto al sistema actual. Es la primera receta electrónica que se implanta en España.

¿Cuál es el procedimiento de prescripción y dispensación?

Cuando el médico realice la prescripción de un medicamento o producto sanitario a un paciente a través de la Historia Digital de Salud, Diraya, determinados datos de dicha prescripción serán grabados en un "Módulo Central de Dispensación" (MCD). En este módulo, para ese paciente, identificado previamente en la Base de Datos de Usuarios del SSPA, se creará un "crédito farmacéutico" con el tratamiento completo que le

haya prescrito su médico. En un nuevo modelo de receta oficial saldrán impresos los medicamentos prescritos junto con las instrucciones sobre el tratamiento que el médico considere necesarias.

El paciente presentará en la farmacia (debidamente acreditada por el SAS para este fin), la tarjeta sanitaria, que le servirá al farmacéutico para acceder al "MCD", ver la medicación que ha de dispensar, conocer si el paciente es activo o pensionista, anotar los medicamentos que ha entregado e incluso informar al médico de cualquier incidencia detectada.

¿Qué beneficios tiene la receta electrónica?

Los beneficios que se esperan conseguir con la implantación de este proyecto son, entre otros:

- Aumentar el tiempo de dedicación del médico a los pacientes en sus consultas, al liberarlo de su actual función de cumplimentación de recetas para la continuación de tratamientos que, según su criterio, no requieren revisión. Se estima que se podrán evitar, al menos, el 18% de las

visitas que los usuarios, con medicación crónica, realizan a sus centros sanitarios sólo para obtener recetas.

- El médico puede consultar las dispensaciones que se realizan en las oficinas de farmacia de cada una de las prescripciones, lo que le permite constatar la adherencia a los tratamientos.
- Permite que los especialistas puedan prescribir directamente todo el tratamiento a sus pacientes, evitando que tengan que acudir a los médicos de atención primaria para la continuación de los mismos.
- Minimiza la tramitación necesaria del visado de recetas, ya que sólo es necesario someter a este trámite las recetas en las que el médico instaure un nuevo tratamiento, sirviendo esta autorización para las sucesivas prescripciones y dispensaciones.



Calendario de puesta en marcha del proyecto

El calendario establecido en el Convenio entre el SAS y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, firmado el 27 de noviembre de 2002, se está cumpliendo rigurosamente, de forma que la receta electrónica se implantará paulatinamente en la atención primaria en el último trimestre de 2003 y primer semestre de 2004.

En las consultas externas de atención especializada su implantación se realizará a lo largo de 2004. Todo ello en paralelo a la extensión en las consultas médicas de la nueva Historia Digital de Salud del Ciudadano.

Pilotaje: 1 de abril 2003-30 junio 2003 (realizado).

Análisis del resultado del pilotaje: 1 de julio 2003-30 de septiembre 2003 (realizado).

Implantación: 6 de octubre de 2003 (comienzo paulatino).

Base de Datos de Usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BDU)

La BDU es un instrumento de gran interés para el Sistema Sanitario Público de Andalucía: es la base de la cartera de usuarios con los datos individuales sobre aseguramiento sanitario y adscripción de médico y ya ha empezado a ser la referencia para la historia única de salud del ciudadano (Proyecto Diraya) al permitir la identificación unívoca de cada ciudadano y, por ello, la consulta de datos desde cualquier centro conectado al sistema cuando el paciente lo autoriza a través de su tarjeta sanitaria. La

disponibilidad de tarjeta sanitaria y su utilización es, también, la base del proyecto Receta XXI, cuya implantación ya ha comenzado.

La BDU recoge los datos de las personas que, o bien ya disponen de tarjeta sanitaria o la han solicitado en algún centro sanitario y aún no la han recibido.

Los centros de atención primaria y los distritos han realizado un gran esfuerzo para conseguir la práctica universalización de la tarjeta entre la población con cobertura sanitaria del

Sistema Sanitario Público de Andalucía. La BDU, como se sabe, es una base dinámica: permanentemente se producen entradas y salidas de usuarios y modificaciones de datos de los que permanecen.

Aunque la tarjeta se puede solicitar en las dependencias del INSS o en las unidades administrativas de los centros de atención primaria del SAS, es recomendable hacerlo en estos últimos, pues quedan recogidos inmediatamente en la BDU.

A finales de agosto, en la BDU se recogían los datos de, aproximadamente 300.000 solicitudes de tarjeta, unas pendientes de grabación —incluidas en BDU pero no, todavía, en los de la TGSS— y otras ya grabadas por TGSS y próximas a su emisión.

En funcionamiento desde finales de julio el decreto de segunda opinión médica en Andalucía

A finales del mes de julio entró en vigor el Decreto 127/2003 que regula, en Andalucía, el derecho a la segunda opinión médica. En el número anterior de *El SAS Información* —nº 18— ya se esbozaba en un resumen el alcance del mismo. A lo largo del primer mes de funcionamiento se han producido 45 solicitudes al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Un tercio de las mismas correspondían a patologías no contempladas en el Decreto de segunda opinión que, como se sabe, está dirigido a confirmar enfermedades ya diagnosticadas como de pronóstico fatal, incurables o que comprometen gravemente la calidad de vida del paciente o bien para confirmar tratamientos que conllevan un elevado riesgo vital.

Si bien la coincidencia de la entrada en vigor del Decreto con el inicio del periodo vacacional de muchos profesionales ha representado un reto más para la aplicación de este derecho, es preciso reconocer el esfuerzo de éstos en dar respuesta experta dentro de los plazos marcados por el Decreto. Las neoplasias malignas han sido la primera causa de solicitud tramitada a lo largo del primer mes de aplicación del Decreto.

En cuanto al procedimiento establecido para la tramitación se ha definido por la Dirección General de Asistencia Sanitaria una Unidad Central de Tramitación que recibe y canaliza estas solicitudes que tienen entrada en el sistema a través de cualquiera de las vías previstas: centros de asistencia especializada, centros de atención primaria, otros centros de la Administración Pública, o a través de internet si el interesado dispone de firma electrónica.

Asimismo se ha puesto en marcha un teléfono atendido desde el Centro de Información y Servicios al Ciudadano del

SSPA (*Salud responde*) que facilita información a cualquier usuario acerca de los diferentes aspectos relacionados con la segunda opinión. Este teléfono es el **902 505 060** y está en funcionamiento las 24 horas del día.

Se ha desarrollado una aplicación informática para controlar el flujo de entradas de solicitudes y hacer su seguimiento.

Todas las solicitudes de segunda opinión admitidas a trámite son enviadas a un profesional experto en la materia de que se trate, que elabora el informe de segunda opinión que, finalmente, recibirá el usuario o, si está autorizado, el solicitante —cuando el solicitante no es el propio paciente se exigen unas condiciones específicas dirigidas a garantizar el respeto a la decisión que haya adoptado el paciente—.

Se puede encontrar información sobre segunda opinión en los Servicios de Atención al Usuario, en el Portal de Salud de la Consejería de Salud, en la página web del SAS, en InterS@S o en la intranet corporativa. En cualquiera de estos canales está disponible la información básica para el ejercicio de este derecho y se incluyen los formularios oficiales de solicitud con las instrucciones para su cumplimentación.

La segunda opinión médica es uno de los derechos destinados a dotar de mayor autonomía la toma de decisiones por parte de los pacientes en el marco de calidad de los servicios sanitarios públicos. Es importante que todos los profesionales del SAS conozcan la regulación de este derecho del Sistema Sanitario Público de Andalucía para orientar, adecuadamente, a quienes tengan la necesidad de solicitar una segunda opinión.

Circunstancias motivadoras de segunda opinión médica

- Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma.
- Confirmación de alternativas terapéuticas de neoplasias malignas, excepto los cánceres de piel que no sean el melanoma tanto al inicio como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.
- Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
- Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
- En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
- Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquímedular.
- Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.
- Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. A los efectos del presente Decreto, se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o de invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco casos por cada diez mil habitantes.

Código numérico personal, en vigor desde el 2 de octubre

Cada profesional del SAS dispone ya de su código numérico personal (CNP), conforme al Decreto 151/2003 de 10 de junio. Este CNP aparece reflejado en el justificante de la nómina (está en el primer recuadro en la banda inferior, junto al NIF y el nº de afiliación).

Este código es el nuevo sistema de identificación individualizada para los profesionales sanitarios que realizan actividades de su profesión en las Administraciones Públicas de Andalucía, ya que el requisito de la colegiación dejó de ser exigible para este tipo de actividades a partir de la publicación de la Ley 15/2001, de 26 de diciembre.

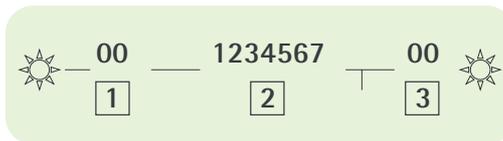
Cabe resaltar que la consignación del CNP es especialmente importante en las recetas oficiales de la prestación farmacéutica y en la prescripción de prestaciones complementarias. Por ello, la identificación mediante el CNP, junto al nombre y los apellidos del prescriptor, es obligatoria en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, Empresas Públicas Sanitarias y Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que serán los organismos encargados de asignarlo a los profesionales.

Los nuevos sellos para esta identificación son facilitados por distritos y hospitales al personal médico con actividad asistencial en sus centros. La sustitución de los sellos anteriores por los nuevos es obligatoria desde el día 2 de octubre de 2003. También en esta fecha quedan adaptadas las aplicaciones informáticas sanitarias utilizadas en consultas de atención primaria (TASS y Diraya), para que en las recetas y resto de documentos internos que se impriman aparezca el CNP.

En aquellos documentos aprobados por normas reglamentarias estatales en los que esté previsto consignar el número de inscripción en el correspondiente colegio profesional, se hará en sus propios términos. Si el profesional no estuviera colegiado hará constar dicha circunstancia con la expresión no colegiado (n/c) consignando, a continuación de la firma, el código numérico personal. En caso de desconocer su CNP, en el supuesto de nuevas incorporaciones o para aclarar cualquier duda al respecto, las Unidades de Atención al Profesional disponen de toda la información necesaria.

Los once dígitos del CNP

- Los 2 primeros dígitos identifican al organismo: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Empresas Públicas Sanitarias.
- Los 7 dígitos siguientes identifican al profesional.
- Los 2 últimos dígitos son de control.



Oferta pública de empleo. Proceso extraordinario

En el número anterior se recogía información sobre la situación del proceso. Informamos ahora de las categorías que, en aquel momento, no habían finalizado la fase de oposición (examen o memoria). También se incluye la categoría de psicólogos que, por error, no fue incorporada en su momento.

Categorías	Plazas	Solicitudes	Presentados	% Presentados	% Aptos
Médicos EBAP	348	4.350	3.125	71,83	95,93
Médicos DCCU y SCCU	651	1.804	1.275	70,67	97,57
Psicólogos	109	511	301	58,90	72,09
Técnicos de salud	158	590	334	56,61	66,91
Gestión F.A. administración general	149	1.909	900	50	66,05
Gestión F.A. informática	31	289	162	60	75,65
Administrativo	461	6.586	2.392	40	77
Auxiliar administrativo	2.177	15.512	8.631	60	76,2

Los datos que aparecen en este cuadro están actualizados a 22/9/2003, son provisionales y están sujetos a variaciones.

Novedades en relación con el Cuerpo A4 (veterinarios y farmacéuticos)

El día 15 de septiembre se publicó el nombramiento de los nuevos funcionarios de la especialidad de veterinaria. Además, en esa misma fecha, se publicaron los criterios de ordenación de la bolsa de empleo temporal y la lista de aspirantes que integran la bolsa de empleo temporal de la especialidad de veterinarios. Toda la información se encuentra disponible en la página web del SAS y en las Unidades de Atención al Profesional.

La web

La atención al profesional en la web del SAS

Desde el 2 de junio, en la página web del SAS www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud existe un espacio destinado al profesional denominado "Atención al profesional" que tiene por objetivo ser un canal de comunicación directo y ágil con los profesionales del SAS. La información que contiene este apartado, es semejante a la que puede obtenerse de las Unidades de Atención al Profesional de los centros.

Desde este icono se accede a un tablón de anuncios similar al de las UAP donde se reflejan las últimas novedades incorporadas y un menú en la parte superior con diversas áreas de interés:



Formación. Con información sobre reuniones científicas, actividades de formación (cursos presenciales o a distancia organizados) y legislación en cuanto a la acreditación de las actividades de formación.

Selección. Donde los profesionales pueden realizar consultas sobre las distintas ofertas de empleo, convocatorias de oposiciones, listados de admitidos, resultados, concursos de traslado, etc.

Disposiciones. Se muestran las disposiciones normativas de interés.

Guía laboral. En la actualidad se puede consultar el texto completo del acuerdo sobre política de personal, las retribuciones para el personal estatutario en 2003 y las normas que regulan el código numérico personal.

Ayudas sociales. Ofrece la información básica útil para las personas que deseen conocer las características generales de estas ayudas. Asimismo se proporcionan los documentos que regulan este tipo de ayudas. En la parte inferior del tablón hay varios accesos, entre ellos: al buzón de sugerencias de la web, a todos los números de la revista *El SAS información* o distintos enlaces a otras webs de interés para los profesionales.

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

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
 Coordinación: Cristina Torró Equipo de redacción: Inés Falcón, Patricia García, Arantxa Iraztorza, Mauricio Lozano, Rosa Mª Pérez, Falina Tristán, Manuel Villacorta.
 Edita: Servicio Andaluz de Salud Avda. de la Constitución 18, 41071 Sevilla.
 Tel.: 955 018 000, Fax: 955 018 025, e-mail: sasinfo@juntadeandalucia.es