



ANDALUCÍA

**Informe Anual
del
Sistema Nacional de Salud 2004**

1. Características Socioeconómicas y Demográficas de la Población de Andalucía

La población andaluza ha experimentado importantes cambios demográficos en el último cuarto de siglo. Se ha producido un crecimiento sostenido en este periodo aunque con intensidad desigual. El crecimiento absoluto entre las dos fechas padronales, 1975 y 2005, supone un incremento relativo del 26%, que sitúa a la población andaluza en 7.829.202 habitantes con 7.369.869 tarjetas sanitarias.

El número de nacimientos en cifras absolutas ha descendido fuertemente, una tendencia que se inicia a mediados de los setenta, registrándose a mediados de la década de los noventa el número de nacidos más bajo de todo el siglo. A partir del año 2000 se aprecia una leve recuperación.

Las defunciones tienen, por el contrario, un comportamiento estable. Destacar el fuerte descenso de la tasa de mortalidad infantil, que bajan hasta llegar a una cuarta parte de los valores de 1975.

El crecimiento natural consecuencia directa del comportamiento de la natalidad y la mortalidad representa una parte cada vez menor del crecimiento demográfico total, por el descenso paulatino de la tasa de natalidad (de 20,07 a 11,06) y del mantenimiento casi invariable de la tasa de mortalidad (de 8,07 a 8,34). Hay que atribuir al comportamiento migratorio, los altibajos en el crecimiento durante este periodo.

En la composición de la población por edad se acentúa el peso de las personas mayores de 60 años que pasa de representar el 13% en 1975 a un 19% en la actualidad y disminuye el de los jóvenes menores de 20 años del 40% al 23%. La pirámide de población andaluza actual, presenta la forma característica de las sociedades avanzadas, con una base que se reduce y una cúspide que se ensancha.

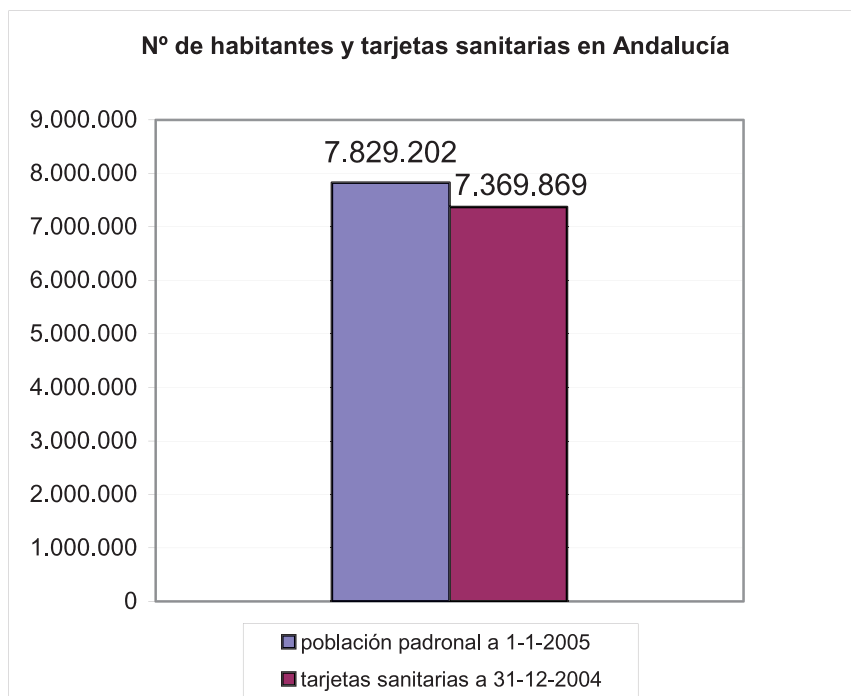
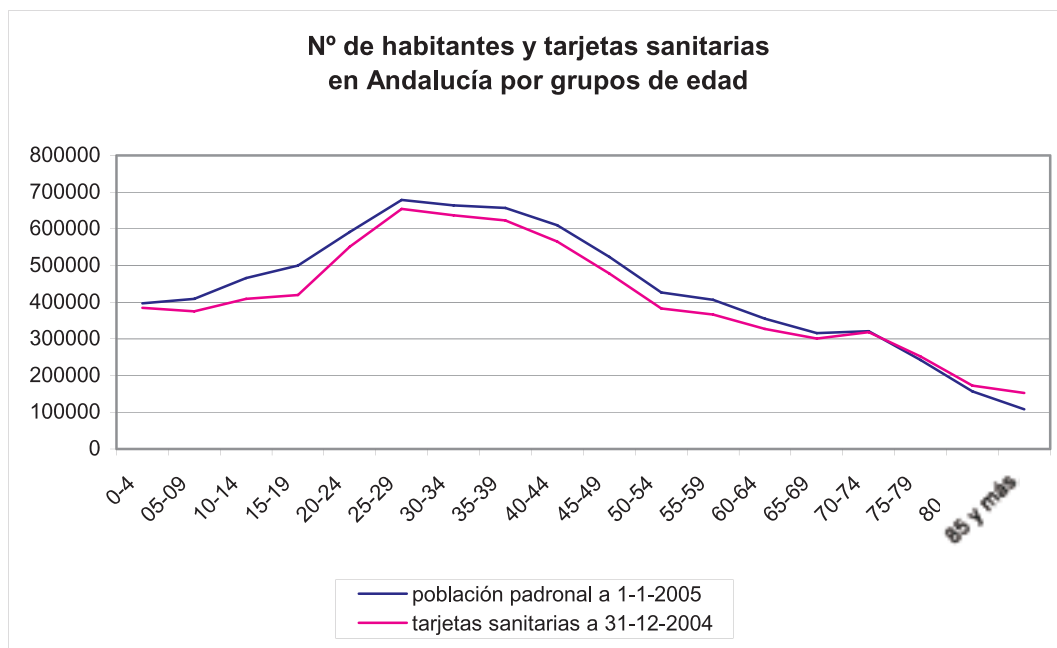
Actualmente las esperanzas de vida al nacer de los hombres (74,92 años) y de las mujeres (81,80 años) aumentan casi en paralelo, a un ritmo cercano a los 3 meses por año. La esperanza de vida a los 65 años aumenta al ritmo de un mes cada año.

En el estudio de la nupcialidad de los andaluces en los últimos 25 años, son dos los factores fundamentales: la progresiva disminución del número de matrimonios (en torno al 15%) y un aumento de la edad a la celebración de éstos, que implica un retraso en su calendario. Se ha producido en este tiempo un incesante incremento en el número de nacidos fuera del matrimonio que pasa del 1,76% en 1975 al 19,60% en 2002.

La fecundidad en Andalucía presenta una evolución similar a la nupcialidad, con un fuerte descenso en la intensidad del fenómeno, con disminución del indicador coyuntural de fecundidad (de 3,22 hijos por mujer en 1975 a 1,36 en 2002) y un retraso notable en su calendario que se manifiesta en un aumento de la edad media a la maternidad (en torno a 28,4 años en los 80 a 30,3 años en el 2002). La edad donde se alcanza la máxima intensidad cambia del grupo de 25 a 29 años al de 30 a 34 años.

En relación al fenómeno migratorio, se produce una disminución drástica de la emigración fuera de Andalucía y un incremento importante de la inmigración tanto en la forma de retorno de andaluces como de llegadas de extranjeros. Según datos padronales el número de extranjeros en Andalucía en 1996 se aproximaba a los 90.000 y en 2003 esta cifra supera ya los 320.000 extranjeros.

Según la Encuesta de Población Activa en el primer trimestre de 2005 el porcentaje de parados es del 14,24. La renta familiar por habitante en 2002 estaba entre los 9.000 y 9.700 euros. Sobre el nivel de estudios, en el año 2002 la tasa de escolaridad para las edades de 3 a 5 años es del 96,3 y la de 14 a 18 años es del 85,3.



2. Desarrollo normativo e institucional:

A lo largo del año 2004 se han regulado normativamente determinados aspectos de la atención sanitaria, los derechos ciudadanos o la investigación científica, tal como se especifica en la tabla 2. De ella cabe destacar los siguientes :

- a) Decreto que establece la Estructura Orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.
- b) Desarrollo de derechos de los usuarios:
 - Derecho a la segunda opinión médica
 - Registro de voluntades anticipadas
 - Garantía de plazo de respuesta en Procesos Asistenciales, Primeras Consultas de Asistencia Especializada y Procedimientos Diagnósticos.
 - Modelo de formulario de Consentimiento Informado para la utilización de preembriones con fines de investigación.
- c) Cartera de Servicios
 - Determinación de la población (infantil) con derecho a la prestación asistencial dental del Decreto 281/2001 en el año 2005.
 - Calendario oficial de vacunación.
 - Actualización del contenido del Catálogo General de prestación Ortoprotésica.
- d) Convocatorias de Subvenciones:
 - Financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en ciencias de la salud.
 - Programas de Atención Temprana a menores con trastornos en el desarrollo o con riesgo de padecerlo.
 - Aplicación de medidas del Plan Andaluz de Alzheimer.
 - Programas de Promoción de la Salud
- e) En asunción de competencias de gestión sanitaria derivada del proceso de transferencias:
 - Asistencia Sanitaria del Instituto Social de la Marina
 - Traspasos de medios personales de un centro de Sanidad Militar
- f) Intersectorialidad:
 - Establecimiento del Sistema de Información sobre maltrato infantil de Andalucía
 - Normativa relacionada con el Plan de Apoyo a las familias andaluzas.
 - Coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: ANDALUCÍA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
DECRETO 577/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, POR EL QUE SE ASIGNAN AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD LAS FUNCIONES Y SERVICIOS TRASPASADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA, POR EL REAL DECRETO 1784/2004, DE 30 DE JULIO, EN MATERIA DE ASISTENCIA SANITARIA ENCOMENDADA AL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA.	(BOJA NÚM. 9, 14/01/05).	TRANSFERENCIAS	Asistencia Sanitaria anteriormente encomendada al ISM . (Publicado en 2005)
ORDEN DE 24 DE AGOSTO DE 2004, POR LA QUE SE DESARROLLA EL DECRETO 127/2003, DE 13 DE MAYO, POR EL QUE SE ESTABLECE EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.	(BOJA NÚM. 173, 03/09/04).	DERECHOS	
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.	(BOJA NÚM. 99, 21/05/04).	CARÁCTER GENERAL BÁSICO	CORRECCIÓN DE ERRORES DEL DECRETO 241/2004 (BOJA NÚM. 125, DE 28.06.2004)
DECRETO 238/2004, DE 18 DE MAYO, POR EL QUE SE REGULA EL REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.	(BOJA NÚM. 104, 28/05/04).	DERECHOS	
DECRETO 96/2004, DE 9 DE MARZO, POR EL QUE SE ESTABLECE LA GARANTÍA DE PLAZO DE RESPUESTA EN PROCESOS ASISTENCIALES, PRIMERAS CONSULTAS DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA	(BOJA NÚM. 62, 30/03/04)	DERECHOS	

RESOLUCIÓN DE 21 DE MAYO DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, SOBRE UNIFICACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA: PONIENTE NORTE Y PONIENTE SUR EN EL CENTRO DE SALUD PONIENTE	(BOJA NÚM. 117, 16/06/04)	ORDENACIÓN DE SERVICIOS: ATENCIÓN PRIMARIA	
MODELO DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE PREEMBRIONES CON FINES DE INVESTIGACIÓN	(BOJA NÚM. 53, 17/03/04)	SALUD LABORAL	
ORDEN DE 6 DE FEBRERO DE 2004, POR LA QUE SE ESTABLECE UN NUEVO CALENDARIO OFICIAL DE VACUNACIÓN EN ANDALUCÍA	(BOJA NÚM. 32, 17/02/04)	CARTERA DE SERVICIOS	
ORDEN DE 29 DE DICIEMBRE DE 2004, POR LA QUE SE ESTABLECE PARA EL AÑO 2005, LA POBLACIÓN CON DERECHO A LA PRESTACIÓN ASISTENCIAL DENTAL QUE REGULA EL DECRETO 281/2001, DE 26 DE DICIEMBRE	(BOJA NÚM. 4, 07/01/05)	CARTERA DE SERVICIOS	
ORDEN 30 DE SEPTIEMBRE DE 2004, POR LA QUE SE ACTUALIZAN LAS CONDICIONES ECONÓMICAS APLICABLES A LOS SERVICIOS DE DIÁLISIS CONCERTADOS CON EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD PARA LOS AÑOS 2003 Y 2004, Y LAS COMPENSACIONES A PACIENTES POR DETERMINADOS TRATAMIENTOS DOMICILIARIOS.	(BOJA NÚM. 205, 20/10/05)	TARIFAS CONCIERTOS	
ORDEN DE 20 DE JULIO DE 2004, POR LA QUE SE CREA UN FICHERO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, DENOMINADO FICHERO DE IMPLANTES QUIRÚRGICOS, EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	(BOJA NÚM. 150, 02/08/04)	PROTECCIÓN DE DATOS	
RESOLUCIÓN DE 5 DE JULIO DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO, POR LA QUE SE APRUEBA EL MODELO DE SOLICITUD PARA LA ACREDITACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CENTROS Y UNIDADES SANITARIAS	(BOJA NÚM. 140, 19/07/04)	ACREDITACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES SANITARIOS	CORRECCIÓN DE ERRORES DE LA RESOLUCIÓN DE 5 DE JULIO DE 2004 (BOJA NÚM. 180, DE 14.09.2004).

RESOLUCIÓN DE 14 DE JUNIO DE 2004, DE LA DELEGACIÓN PROVINCIAL DE CÓRDOBA, POR LA QUE SE CREA EL FICHERO AUTOMATIZADO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DE REGISTRO INFORMATIZADO DE AGRESIONES	(BOJA NÚM. 243, 15/12/04)	PROTECCIÓN DE DATOS	
RESOLUCIÓN DE 3 DE JUNIO DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR LA QUE SE ACUERDA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DEL REGISTRO DE IMPLANTES QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.	(BOJA NÚM. 119, 18/06/04).	REGISTRO SANITARIO	
ORDEN DE 31 DE MAYO DE 2004, DE CREACIÓN DEL FICHERO AUTOMATIZADO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL DENOMINADO REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS DE ANDALUCÍA.	(BOJA NÚM. 110, 07/06/04).	PROTECCIÓN DE DATOS	
RESOLUCIÓN DE 16 DE NOVIEMBRE DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL Y DESARROLLO PROFESIONAL DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR LA QUE SE DECLARA LA JUBILACIÓN FORZOSA DEL PERSONAL AFECTADO POR EL ARTÍCULO 26.2 DE LA LEY 55/2003, DE 16 DE DICIEMBRE.	(BOJA NÚM. 229, 23/11/04).	RECURSOS HUMANOS	
RESOLUCIÓN DE 9 DE NOVIEMBRE DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR LA QUE SE APRUEBA EL PLAN DE ORDENACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL ORGANISMO	(BOJA NÚM. 223, 16/11/04).	RECURSOS HUMANOS	
ORDEN DE 20 DE DICIEMBRE DE 2004, POR LA QUE SE PUBLICA EL MODELO DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE PREAMBRIONES CON FINES DE INVESTIGACIÓN	(BOJA NÚM. 6, 11/01/05)	DERECHOS	

RESOLUCIÓN DE 17 DE DICIEMBRE DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES COMPLEMENTARIAS SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA TARJETA DE IMPLANTACIÓN QUIRÚRGICA Y DEL REGISTRO DE IMPLANTES QUIRÚRGICOS	(BOJA NÚM. 6, 11/01/05)	REGISTRO SANITARIO	
DECRETO 372/2004, DE 1 DE JUNIO, POR EL QUE SE ESTABLECEN Y PUBLICAN LOS PLAZOS DE RESOLUCIÓN Y NOTIFICACIÓN, ASÍ COMO LOS EFECTOS DE LA FALTA DE RESOLUCIÓN EXPRESA DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS EN EL ÁMBITO DE LA CONSEJERÍA.	(BOJA NÚM. 124, 25/06/04)	PROCEDIMIENTOS SANITARIOS	CORRECCIÓN DE ERRORES DECRETO 372/2004 (BOJA NÚM. 19, 28/01/05).
REAL DECRETO 2399/2004, DE 30 DE DICIEMBRE, SOBRE TRASPASO A LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA DE LOS MEDIOS PERSONALES ADSCRITOS AL HOSPITAL MILITAR "VIGIL DE QUIÑONES" DE SEVILLA	(BOJA NÚM. 18, 27/01/05)	TRANSFERENCIAS	
RESOLUCIÓN DE 22 DE OCTUBRE DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, SOBRE CONTENIDO BÁSICO Y FORMA DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA TARJETA DE IMPLANTACIÓN QUIRÚRGICA EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	(BOJA NÚM. 217, 08/11/04)	REGISTRO SANITARIO	
ORDEN DE 1 DE OCTUBRE DE 2004, POR LA QUE SE AMPLÍA EL PLAZO PARA LA RESOLUCIÓN DEL CONCURSO PÚBLICO DE ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA	(BOJA NÚM. 208, 25/10/04).	ORDENACIÓN SANITARIA	
ORDEN DE 6 DE SEPTIEMBRE DE 2004, POR LA QUE SE ACTUALIZA EL CONTENIDO DEL CATÁLOGO GENERAL DE ORTOPROTÉSICA	(BOJA NÚM. 183, 17/09/04)	PRESTACIONES	

<p>ACUERDO DE 20 DE JULIO DE 2004, DEL CONSEJO DE GOBIERNO, POR EL QUE SE APRUEBA EL DE 30 DE DICIEMBRE DE 2003, DE LA MESA SECTORIAL DE NEGOCIACIÓN DE SANIDAD, SOBRE EL RÉGIMEN DE VACACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS DEL PERSONAL DE CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD</p>	<p>(BOJA NÚM. 152, 04/08/04).</p>	<p>RECURSOS HUMANOS</p>	
<p>ORDEN DE 2 DE JULIO DE 2004, POR LA QUE SE REGULAN LOS CURSOS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL QUE REALIZA OPERACIONES DE MANTENIMIENTO HIGIÉNICO-SANITARIO DE LAS INSTALACIONES OBJETO DEL REAL DECRETO 865/2003, DE 4 DE JULIO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS HIGIÉNICO-SANITARIOS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS</p>	<p>(BOJA NÚM. 144, 23/07/04)</p>	<p>FORMACIÓN</p>	
<p>ORDEN DE 29 DE MARZO DE 2004, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA CONCESIÓN DE SUBVENCIONES PARA PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SE CONVOCAN LAS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2004</p>	<p>(BOJA NÚM. 70, 12/04/04)</p>	<p>SUBVENCIONES SALUD PÚBLICA</p>	
<p>ORDEN DE 29 DE MARZO DE 2004, POR LA QUE SE CONVOCA Y ESTABLECEN LAS BASES DE LA CONCESIÓN DE SUBVENCIONES EN APLICACIÓN DE MEDIDAS DEL PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER PREVISTAS EN EL DECRETO 137/2002, DE 30 DE ABRIL, DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS, PARA EL AÑO 2004</p>	<p>(BOJA NÚM. 70, 12/04/04)</p>	<p>SUBVENCIONES. PLAN DE APOYO A LAS FAMILIAS</p>	
<p>ORDEN DE 29 DE MARZO DE 2004, POR LA QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA CONCESIÓN DE SUBVENCIONES PARA PROGRAMAS DE ATENCIÓN TEMPRANA A MENORES CON TRASTORNOS EN EL DESARROLLO O CON RIESGO DE PADECERLO, Y SE CONVOCAN LAS CORRESPONDIENTES AL AÑO 2004</p>	<p>(BOJA NÚM. 70, 12/04/04)</p>	<p>SUBVENCIONES. ATENCIÓN TEMPRANA.</p>	

<p>RESOLUCIÓN DE 26 DE MARZO DE 2004, DE LA SECRETARÍA GENERAL DE CALIDAD Y EFICIENCIA, POR LA QUE SE CONVOCAN SUBVENCIONES PARA LA FINANCIACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y PLANES DE FORMACIÓN INVESTIGADORA EN CIENCIAS DE LA SALUD, EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA</p>	<p>(BOJA NÚM. 70, 12/04/04)</p>	<p>SUBVENCIONES. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.</p>	
<p>RESOLUCIÓN DE 17 DE MARZO DE 2004, DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL Y SERVICIOS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, POR LA QUE SE MODIFICA PARCIALMENTE LA DE 9 DE SEPTIEMBRE DE 2003 POR LA QUE SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS DE ORDENACIÓN DE LA BOLSA DE EMPLEO TEMPORAL DEL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO DE INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, ESPECIALIDADES FARMACIA Y VETERINARIA, ASÍ COMO LOS CRITERIOS DE DESPLAZAMIENTO DEL PERSONAL DE DICHO CUERPO QUE OCUPA PLAZAS CON CARÁCTER PROVISIONAL O TEMPORAL DEPENDIENTES DEL ORGANISMO</p>	<p>(BOJA NÚM. 60, 26/03/04).</p>	<p>RECURSOS HUMANOS</p>	
<p>ORDEN DE 3 DE MARZO DE 2004, POR LA QUE SE CONVOCA CONCURSO PÚBLICO PARA LA ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA</p>	<p>(BOJA NÚM. 47, 09/03/04)</p>	<p>ORDENACIÓN SANITARIA</p>	<p>CORRECCIÓN DE ERRORES DE LA ORDEN DE 3 DE MARZO DE 2004, (BOJA NÚM. 68 DE 07.04.2004 Y BOJA NÚM. 123 DE 24/06/04).</p>
<p>ORDEN DE 26 DE FEBRERO DE 2004, POR LA QUE SE APRUEBA EL PLAN DE INSPECCIÓN DE PRESTACIONES Y SERVICIOS SANITARIOS.</p>	<p>(BOJA NÚM. 51, 15/03/04)</p>	<p>INSPECCIÓN DE SERVICIOS</p>	
<p>ORDEN DE 11 DE FEBRERO DE 2004, POR LA QUE SE ACUERDA LA PUBLICACIÓN DEL TEXTO ÍNTEGRO DEL PROCEDIMIENTO DE COORDINACIÓN PARA LA ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS EN ANDALUCÍA</p>	<p>(BOJA NÚM. 39, 26/02/04).</p>	<p>LEYES Y DECRETOS COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA</p>	

<p>DECRETO 95/2004, DE 9 DE MARZO, POR EL QUE SE CREAN Y REGULAN EL CONSEJO ANDALUZ DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE Y LA COMISIÓN DE COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS DE MEDICINA LEGAL DE ANDALUCÍA</p>	<p>(BOJA NÚM. 61, 29/03/04)</p>	<p>LEYES Y DECRETOS COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA</p>	
<p>ORDEN DE 9 DE MARZO DE 2004, POR LA QUE SE PUBLICA UN TEXTO INTEGRADO DE LOS DECRETOS 137/2002, DE 30 DE ABRIL, DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS, 18/2003, DE 4 DE FEBRERO Y 7/2004, DE 20 DE ENERO, AMBOS DE AMPLIACIÓN DE LAS MEDIDAS DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS</p>	<p>(BOJA NÚM. 56, 22/03/04)</p>	<p>LEYES Y DECRETOS COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA</p>	
<p>DECRETO 3/2004, DE 7 DE ENERO, POR EL QUE SE ESTABLECE EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE MALTRATO INFANTIL DE ANDALUCÍA</p>	<p>(BOJA NÚM. 10, 16/01/04)</p>	<p>LEYES Y DECRETOS COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA</p>	

3. Planificación y Programas Sanitarios:

El **III Plan Andaluz de Salud**, que fue aprobado a finales del año 2003, presenta diferencias importantes respecto de los anteriores y a los planes de salud de otras comunidades: parte de 4 metas dirigidas a mejorar la salud de la población en Andalucía pero contempla como elementos claves la eliminación de las desigualdades en salud y la configuración del ciudadano como eje central de las políticas de salud. En él se contemplan 6 ejes transversales que determinan el desarrollo de los objetivos y actuaciones (intersectorialidad, participación ciudadana, acción local, promoción y educación para la salud, enfoque de género y orientación de los servicios) .

En su elaboración el III PAS ha replanteado el análisis de situación, más allá del sistema clásico (sociodemográfico y de morbimortalidad), para avanzar incorporando las expectativas de la ciudadanía, así como de aquellos factores que afectan a la salud en términos de hábitos y estilos de vida: culturales, ambientales, sociolaborales, económicos... ; es decir un análisis de necesidades de salud que va más allá de la enfermedad y la muerte y que obliga a un replanteamiento de nuevas estrategias: intersectoriales, de acción local, a desarrollar con los propios ciudadanos y orientadas hacia la promoción de la salud, la educación y la eliminación de las desigualdades. Este nuevo enfoque requiere, a su vez, una reorganización de los servicios sanitarios.

También el Plan propone la necesidad de la elaboración de Planes Integrales de Salud, ya que intervenir con la misma intensidad en todos los problemas de salud representa una dificultad, dada la limitación de los recursos. De ahí la necesidad de identificar las causas de mortalidad, morbilidad y su repercusión, con el objetivo de concretar las estrategias adecuadas, valorar la inversión y redefinir una nueva planificación.

La elaboración de los **Planes Integrales de Salud**, como una de las 10 líneas de actuación prioritaria del III PAS, representa una respuesta en la que se incorpora los recursos necesarios y con ello la garantía de las actuaciones, lo que permite una valoración de la eficacia y eficiencia de la gestión de los problemas seleccionados.

En el III PAS se priorizan una serie de Planes Integrales que garantizan que se están abordando las enfermedades y problemas de salud más prevalentes que, por otra parte, causan la mayor mortalidad en la población general (cáncer y enfermedades del corazón), o en la población joven (accidentes), con la consiguiente repercusión en años de vida perdidos. Además, se estará participando activamente en el control de problemas de salud como la diabetes, cuya elevada prevalencia y su papel desencadenante de otras causas de muerte aconsejan un control exhaustivo. O en el área de la salud mental, en la que el coste en consumo de recursos, calidad de vida y sensibilidad social obligan también al desarrollo de actuaciones prioritarias. Junto a ello, la actuación integral ante las enfermedades osteoarticulares (que son consideradas por la población como las más prevalentes, especialmente en lo referido al dolor y la recuperación funcional y que además originan un elevado consumo de recursos así como un alto grado de discapacidad funcional), garantiza que durante el este periodo se estarán abordando los principales problemas de salud de la población en Andalucía.

Por otro lado, el trabajo integral de la atención a la dependencia da respuesta a una importante necesidad sentida de la población, con un gran impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas, las familias y las cuidadoras.

Es más, los Planes integrales proponen no sólo actuaciones de organización de servicios y de gestión activa de los problemas, sino también estrategias de prevención primaria, educación y promoción de la salud. A través de ellos se potenciará la actuación sobre los factores determinantes, individuales y colectivos: consumo de tabaco, alcohol, drogas, alimentación, actividad física, entornos y prácticas seguras... En definitiva, inciden sobre los principales condicionantes de la salud, lo que contribuye a prevenir y reducir su magnitud futura.

En su desarrollo, el III PAS ha valorado la acción local como estrategia clave para la conexión con el ciudadano y sus necesidades de salud y ha identificado la provincia como el nivel de planificación que permite la concreción y la suma de esfuerzos para responder a los problemas de salud de forma más específica ya que el impacto y por lo tanto las prioridades son diferentes.

Esto se ha ido concretando en los planes provinciales de salud, con una finalidad eminentemente práctica, en los que, después de un análisis de la situación y con el debate activo de todos los actores implicados, se ha realizado la priorización de una relación de problemas de salud en la provincia. Para cada uno de ellos, se ha especificado el objetivo concreto a conseguir, enumerando las estrategias a desarrollar para lograrlo e integrando las actividades de los planes convergentes existentes y procurando, en todo caso, la implicación de todos los sectores que concurren en el área de dicho objetivo, para el que se han fijado las metas a conseguir.

Por otro lado, el objetivo de planificar una respuesta a los problemas y necesidades de salud de la población a través de Programas de Salud consiste en establecer una línea de mejora de la calidad de vida de las personas y colectivos, mediante actuaciones específicas dirigidas a solucionarlos, no solo a nivel del sector sanitario, sino de todos los sectores implicados. La elaboración de un programa puede abordarse de dos formas diferentes:

- Elaboración de planes y programas con orientaciones, recomendaciones y procedimientos para un colectivo concreto (materno-infantil, jóvenes, mayores, inmigración, ...)
- La elaboración de Planes, Programas, Guías y Propuestas concretos a problemas específicos (SIDA, TBC, ola de calor, legionelosis, ...)

En la tabla 3 se expone la relación de todos los planes y programas de salud de la comunidad andaluza.

TABLA 3

PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

CCAA: ANDALUCÍA

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	<i>III Plan Andaluz de Salud 2003 - 2008</i>	si	2003	Está ya en marcha un Plan de 3ª generación con planteamientos avanzados en políticas de salud para el periodo 2003-2008, momento en el que será evaluado en su totalidad. A fin de orientar los esfuerzos hacia aquellos problemas mas prevalentes de ámbito local, se ha puesto en marcha una estrategia de desarrollo del III PAS, en el nivel provincial, que conlleva actuaciones concretas en el nivel local para los problemas que se han identificado y seleccionado como prevalentes en cada provincia. Se está desarrollando un sistema de monitorización que permita un seguimiento y control continuado de los problemas seleccionados.
Cáncer				
Programa de Salud Materno- infantil:	Atención al Embarazo, parto y puerperio.	si	1985	
	Control de Embarazo.	si		
	Educación Maternal.	si		
	Atención Puerperal.	si		

	Seguimiento Salud Infantil: Programa de detección precoz de metabopatías. Plan Andaluz de vacunación Promoción de la la salud bucodental	si		
	Cribado de Hipoacusia infantil		2004	
La Salud de los Jóvenes	Plan de atención a los problemas de salud de la población joven.	si	2000	Plan intersectorial.
Salud de la Mujer	Planificación Familiar. (Cribado de cáncer de cervix)	si	1985	Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 Contemplado en el Proceso asistencial integrado de cáncer de cervix (2001)
	Programa de detección precoz de cáncer de mama.	si	Inicio 1995	Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006 Proceso asistencial integrado de cáncer de mama
	Apoyo psicológico tras diagnóstico en el tratamiento			
	Programa de atención a la salud de la mujer en el climaterio y la madurez.	si	2001	
	Plan de erradicación de la violencia contra las mujeres.	si	Inicio 1998	Plan de actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres
			2004- 2005	8 Mesas técnicas sectoriales en cada provincia. 8 Mesas provinciales intersectoriales
1998			Protocolo de coordinación hospitalaria.	
Determinantes de salud relacionados con estilos de vida	Plan de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada.2004 - 2008	si	2004	
	Plan de prevención del tabaquismo.	si	2001	Nuevo Plan integral de actuación sobre tabaquismo en octubre de 2005- 2008

	Pan integral de diabetes	si	2001	Procesos asistenciales integrados relacionados
	Plan integral de atención a las cardiopatías 2005- 2009.	si	2003	Proceso asistencial integrado sobre riesgo cardiovascular
	Plan Integral Oncológico de Oncología 2002 - 2006	si	2002	Procesos asistenciales integrados relacionados
	Plan integral de salud mental de Andalucía 2003-2007	si	2003	Procesos asistenciales integrados de ansiedad depresión y somatizaciones, trastorno mental severo y trastornos de la conducta alimentaria
Participación	Plan de participación	si	2005	
Reducción de desigualdades en salud.	Programa de prevención y atención al SIDA	si	1989	desde los primeros registros de caso
	Programa de tuberculosis		1989	
	Programa de tratamiento con Metadona.	si	1996	
	Plan integral para la inmigración en Andalucía 2001- 2004	si	2001	intersectorial
	Plan Andaluz para la inclusión sociald 2003- 2006	si	2003	intersectorial

Seguridad Alimentaria	PLAN DE CONTAMINANTES Y RESIDUOS EN LA CADENA ALIMENTARIA	si	1997	
	Programa de Control de nitratos en ciertas hortalizas y alimentos infantiles	si	1997	
	Programa de Control de micotoxinas en productos alimenticios	si	1999	
	Programa de Control de dioxinas en productos alimenticios	si	2001	
	Programa de Control de metales pesados en productos alimenticios	si	2003	
	Programa de detección de hidrocarburos aromáticos policíclicos en productos alimenticios	si	2004	
	Programa de detección de los colorantes no autorizados en ciertos productos alimenticios	si	2004	
	Programa de Control de residuos de plaguicidas en productos vegetales y alimentos infantiles	si	1997	
	Plan Nacional de Investigación de Residuos en productos de origen animal (PNIR)	si	1991	
	PLAN DE CONTROL DE PELIGROS BIOLÓGICOS	si	2004	
	Programa de control de <i>Listeria monocytogenes</i> en productos alimenticios	si	2004	
	Programa de control de peligros microbiológicos en el sector de carnes frescas	si	2004	
	Programa de control de peligros biológicos en productos de la pesca	si	2004	

	Programa de control de peligros microbiológicos en el sector de productos lácteos: quesos	si	2005	
	Programa de control de peligros microbiológicos en el sector de comidas preparadas envasadas: vegetales crudos	si	2004	
	PLAN PARA LA SUPERVISION DE LOS SISTEMAS DE AUTOCONTROL EN LAS EMPRESAS ALIMENTARIAS EN ANDALUCIA	si	2004	
	Programa Coordinado de control oficial de productos alimenticios	si	1996	
	Programa de control de alimentos "sin gluten"	si	1999	
	Programa de control de alimentos con OGMs	si	2004	
	Programa de control de alimentos irradiados	si	2004	
	Programa de control de sal yodada	si	2004	
Protección ambiental	Programa de zonas de baño de carácter marítimo	si	< 1985	Este y todos los anteriores a 1985 representan la respuesta a las actuaciones sanitarias municipales anteriores.
	Programa de zonas de baño de carácter continental	si	< 1985	
	Programa de piscinas de uso colectivo	si	< 1985	
	Programa de Vigilancia Sanitaria y Calidad del Agua de Consumo	si	2005	
	Programa de saneamiento ambiental	si	< 1985	Teniendo en cuenta todos los vertidos, tanto al suelo como al aire o al agua.
	Programa de prevención de legionelosis	si	2000	
	Programa de control de plaguicidas	si	< 1985	

	Programa de seguridad química	si	1999	
	Programa fauna y salud	si	< 1985	
Vigilancia en Salud Pública	Sistema de vigilancia epidemiológica de andalucía SVEA	si		
Farmacovigilancia	Programa de notificación espontánea de reacciones adversas.	si		

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

4. Farmacia

El gasto farmacéutico en Andalucía en 2004 ha supuesto un aumento del 6,19% en relación con el año anterior. El incremento medio nacional ha sido del 6,41%, lo que significa que Andalucía ha vuelto a ser una de las comunidades que más ha controlado el incesante crecimiento anual del gasto farmacéutico en España.

El comportamiento de 2004 continúa la tendencia que en relación al gasto farmacéutico se viene manteniendo constante en nuestra comunidad desde hace ya 13 años. Durante este periodo (1992-2004), el aumento del gasto en Andalucía ha sido del 137,16% frente al 180,75% del conjunto nacional.

En el primer trimestre de 2005 se ha vuelto a registrar en Andalucía el menor incremento de todo el territorio nacional, un 4,7% en relación con el año anterior frente al 9% de crecimiento de la media nacional. El incremento en el número de recetas prescritas ha sido del 3,23%, mientras que la media nacional ha subido el 7,45%.

Respecto al consumo farmacéutico en los hospitales andaluces, en 2004 éste ha sido de 369 millones de euros, con un incremento del 13,21% respecto a 2003. De esta cifra 130,6 millones corresponden al consumo de pacientes ingresados y 236 al consumo de pacientes "no ingresados" (consumo externo de VIH, esclerosis múltiple, enfermedad de Gaucher, fibrosis quística, unidades de hemodiálisis, hospital de día y otros medicamentos dispensados desde el hospital a pacientes ambulatorios).

Tanto el consumo de pacientes ingresados, que ha crecido el 4,7%, como el consumo de pacientes no ingresados, que lo ha hecho en un 18% (en 2003 fue del 21%), mantienen la misma línea de contención del gasto de años anteriores, gracias a las mejoras incorporadas en la gestión de compras y a las medidas de racionalización en la utilización de medicamentos que vienen realizando los hospitales, pese a la continua incorporación de nuevos medicamentos de precio muy elevado.

Los resultados de la política farmacéutica de Andalucía son consecuencia de la **estrategia de uso racional** basada, principalmente, en facilitar a los facultativos formación e información objetiva sobre la correcta utilización de los medicamentos y sobre los perfiles fármaco-terapéuticos de las prescripciones que realizan. En este sentido, es fundamental destacar el papel que están jugando los farmacéuticos de atención primaria como agentes de esta formación. Andalucía fue pionera, hace ya casi 20 años en el establecimiento de esta figura profesional, que posteriormente ha sido asumida por otras comunidades, hasta el punto de que hoy son ya más de 500 los farmacéuticos que trabajan en esta área en todo el Estado. En la misma línea, también los farmacéuticos de hospital desempeñan un rol muy importante en todas estas estrategias.

Entre las principales líneas de trabajo, desarrolladas en los últimos años, destacan la consolidación de la prescripción por principio activo, el establecimiento del visado de recetas para determinados medicamentos, el desarrollo e implantación del proyecto de receta electrónica, y la difusión de guías farmacológicas a los profesionales.

En el primer caso es reseñable el incremento del número de recetas por principio activo en un escaso periodo de tres años, pues hoy constituyen el 58% de las

recetas facturadas. En el año 2004 este tipo de prescripción ha continuado creciendo en la atención primaria (60%) y ha experimentado un considerable aumento entre los médicos especialistas, suponiendo el 28% del total de las recetas prescritas por éstos, lo que pone de manifiesto su grado de implicación con esta forma de prescripción. Esta medida favorece tanto el ahorro como una mejor utilización de los medicamentos, ya que contribuye a disminuir la presión promocional de la industria farmacéutica.

Desde su implantación, la prescripción por principio activo ha supuesto un importante ahorro económico para el SAS y los usuarios (49,8 millones para la sanidad pública y 4,2 para los usuarios) que ha sido posible gracias al Acuerdo con el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, por el que se fijan precios máximos de financiación para este tipo de prescripción.

Otras de las medidas puestas en marcha ha sido el control sanitario adicional (visado) de las recetas de aquellos medicamentos en los que se ha detectado una inadecuada utilización que podría perjudicar la salud de los pacientes. Así, en septiembre de 2001, se impuso el visado a los anti-inflamatorios Rofecoxib y Celecoxib, tras comprobar que estos medicamentos, autorizados solo para el tratamiento de la artritis y la artrosis, se venían prescribiendo para indicaciones distintas. Con posterioridad, en septiembre de 2003, también se estableció el visado a los antipsicóticos atípicos, debido a que se estaban prescribiendo para indicaciones no autorizadas en un 40%.

Estas iniciativas se han visto posteriormente refrendadas con la publicación de los graves riesgos de accidentes cerebrovasculares de los antipsicóticos atípicos Risperidona y Olanzapina en personas ancianas y por la retirada del mercado del medicamento Rofecoxib por el propio laboratorio productor, a finales de septiembre de 2004, debido al riesgo de producir infartos en tratamientos prolongados. Además, el 20 de diciembre de 2004, la Agencia Española del Medicamento comunicó el riesgo de Celecoxib de producir también problemas cardiovasculares (infarto de miocardio, ictus, muerte), por lo que la propia Agencia desaconseja su utilización en pacientes con alto riesgo cardiovascular y recuerda que existen otras alternativas eficaces y seguras para el tratamiento del dolor y de la inflamación.

Junto a ello, el desarrollo e implantación de la receta electrónica (Receta XXI) está también contribuyendo a reforzar la contención del gasto farmacéutico. Tras concluir su pilotaje en 2003 y principios de 2004 en distintos centros de Andalucía, este servicio está disponible ya para 274.196 usuarios andaluces y lo están aplicando un total de 194 médicos de 21 centros de salud y 278 oficinas de farmacia.

Andalucía ha sido también la primera comunidad que ha dotado a los profesionales de sus hospitales de una guía farmacoterapéutica de referencia, de gran ayuda a la hora de elegir el fármaco más adecuado para cada paciente, que permite además seleccionar el fármaco más eficiente. Y en el mismo sentido, la Historia de Salud Digital, compartida entre atención primaria y especializada, incorpora una guía terapéutica de 'prescripción basada en la evidencia' que permitirá su utilización en todas y cada una de las prescripciones que efectúan los facultativos del sistema sanitario andaluz.

TABLA 4

FARMACIA

CCAA: ANDALUCÍA

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

		Datos 2004	Observaciones
Número de recetas dispensadas	nº total de recetas	133.214.720	
	%recetas de genéricos/total de recetas	14,33%	
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP-aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	1.669.335.702,89	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	8,51%	
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas	A02BC N05BA N02BE	
	en el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC C09AA M01AE	

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos:

Durante el año 2004 se han puesto en marcha algunas iniciativas que se unen a las que habitualmente se desarrollan en el sistema público andaluz para la gestión de sus profesionales. Como acciones específicas de este año 2004 cabe destacar las siguientes:

Carrera profesional: Complemento al Rendimiento Profesional.

El complemento al Rendimiento Profesional (CRP) es un complemento de productividad variable que valora y prima el desempeño de los profesionales del SAS en la realización de su labor profesional, recompensando el rendimiento, la calidad y el cumplimiento de los objetivos pactados. Es un complemento retributivo objetivo y transparente, con cuantías prefijadas y revalorizables anualmente.

Este complemento retributivo es variable, no lineal y debe estar vinculado al rendimiento de cada profesional. Vendrá a retribuir, por un lado, los *Resultados obtenidos por el Servicio o Unidad* en los objetivos que se pacten anualmente y por otro, el *Desempeño Individual* mediante la evaluación de las competencias: “*Aprendizaje y Mejora Continua*”; “*Trabajo en Equipo*”; “*Orientación a Resultados*” y “*Orientación al Usuario*”, a través de una entrevista anual individual desarrollada entre cada uno de los profesionales del SAS con su responsable inmediato.

Cada uno de los trabajadores está asignado a una unidad, y dentro de ella se definen y pactan los objetivos que serán evaluados semestralmente. Una vez definidos estos objetivos, deberán ser conocidos por todos los profesionales que conformen la Unidad o Servicio.

En el año 2004 se han evaluado un total de 4.674 Unidades, a lo largo de los más de 60 centros que componen el Servicio Andaluz de Salud, frente a 4.517 que se crearon en 2003. La media de consecución de objetivos para estas Unidades es de 80,7%. El número de profesionales evaluados este año 2004 (las evaluaciones se realizaron en el primer cuatrimestre del año 2005) ha sido de 80.337, frente a los 80.105 profesionales evaluados en 2003.

Pero, aparte de las retribuciones que pueda percibir cada profesional, quizá lo más importante del modelo radica en el *Plan de Desarrollo Individual* que se elabora fruto de la entrevista de evaluación del desempeño profesional, donde cada responsable de Unidad fija de manera negociada conjuntamente con cada uno de los profesionales de su Unidad o Servicio unas líneas de mejora, que se plasmará en acciones tales como la realización de un curso, realización de un protocolo de actuación, el compromiso de participación en un grupo de trabajo o la mejora individual de resultados, todas ellas encaminadas a mejorar el desempeño de cada profesional con el fin último de mejorar la calidad de los servicios que se prestan desde el SAS.

Bolsa y sistema único para la selección de personal en el SAS

Se ha acordado recientemente con los sindicatos presentes en la mesa sectorial de sanidad la creación de un sistema único para la selección y contratación de personal estatutario temporal. Este sistema único sustituirá en este año 2005 a las actuales bolsas provinciales de contratación, aunque éstas continuarán activas hasta que el modelo acordado esté plenamente operativo. El SAS tiene previsto abrir las convocatorias para que los candidatos se inscriban con este nuevo modelo después del verano.

El personal estatutario temporal es el que se contrata para cubrir las sustituciones de los profesionales de los centros sanitarios públicos cuando se producen plazas vacantes, situaciones de bajas por enfermedad y maternidad, excedencias y vacaciones, entre otras, o necesidades coyunturales.

Este sistema de contratación temporal, cuenta con todas las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías de la comunicación, lo que permitirá a los profesionales interactuar con el sistema sanitario público en aspectos relacionados con su selección y contratación.

Este modelo aporta un sistema de baremación único para todo el Servicio Andaluz de Salud en el proceso de selección del personal estatutario temporal. El baremo prima la experiencia profesional en la administración sanitaria, aunque la formación y, especialmente la formación continuada, tendrá un peso importante en la puntuación global. El baremo recoge asimismo en el apartado denominado 'otros méritos', las labores de docencia e investigación, así como, en el caso de los profesionales que ya hayan trabajado en el sistema sanitario, el resultado de la evaluación de su desempeño profesional anterior una vez que entre en vigor este Pacto.

El sistema único de contratación temporal estará gestionado de forma descentralizada por la Unidad de Gestión de Centros de cada hospital, área sanitaria, distrito de atención primaria y centro regional de transfusión sanguínea, que a su vez, serán coordinadas por una Unidad Central de Gestión del SAS. Además, una comisión paritaria compuesta por miembros de la administración sanitaria y de las organizaciones sindicales garantizará la correcta aplicación de todos los contenidos del Pacto, sobre todo, aquellos que aluden a la objetividad, igualdad y transparencia de todo el proceso de baremación y selección de los profesionales.

Una de las novedades fundamentales del nuevo sistema es su accesibilidad, ya que permanecerá abierto 365 días al año 24 horas al día, gracias a la tecnología Internet. El nuevo sistema se apoya en una aplicación informática única y común para todo el SAS, lo que permite que cada centro gestione sus contrataciones más ágilmente. De forma que cuando un centro precise contratar a un profesional, el sistema informático centralizado le ofrecerá el nombre de la persona con mayor puntuación para ser contratada, con lo que se garantiza la equidad, transparencia y control, evitando trámites administrativos.

Otra de las ventajas para los aspirantes es la posibilidad de dejar constancia en su solicitud de sus preferencias geográficas y temporales a la hora de trabajar, así podrá indicar la ciudad en la que prefiere trabajar, el hospital o zona básica de salud, la duración del contrato e incluso mostrar su disponibilidad para trabajar en determinadas zonas geográficas durante los días festivos y fines de semana.

Con el fin de garantizar la máxima calidad en la asistencia sanitaria que se presta a los ciudadanos, la bolsa única amplía sus vías de contratación. Por ello, además de una bolsa de empleo de personal estatutario temporal general, se crea para contrataciones de corta duración una bolsa de empleo temporal para enfermería de áreas específicas (diálisis, quirófano, neonatología, Cuidados Críticos y Urgencias y salud mental).

Asimismo, habrá convocatorias públicas para contratar a profesionales destinados a desempeñar determinadas tareas que, por sus características, exigen un alto grado de especialización.

La aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas implica la necesidad de contratar a profesionales que respondan a unos requisitos muy concretos. Estas convocatorias se realizarán previa aprobación de la Comisión de Control y Seguimiento, formada por administración y sindicatos.

El sistema conlleva también beneficios para los trabajadores con plaza en propiedad, puesto que impulsa la promoción interna temporal de estos profesionales a una categoría o especialidad distinta a la que tienen. Los procesos de selección serán los mismos que para el resto de candidatos y se reserva un porcentaje de plazas para los profesionales que opten a promoción interna.

Nuevo régimen de vacaciones, permisos y licencias. Conciliación vida laboral y familiar.

En este periodo se ha desarrollado el compromiso para homogeneizar el régimen de vacaciones, permisos y licencias del personal de todos los centros del SAS, ratificado por Acuerdo del Consejo de Gobierno en julio de 2004. Esto ha permitido introducir una serie de mejoras (dos días más de licencia por asuntos particulares; hasta cuatro días adicionales de vacaciones por antigüedad; ampliación del permiso de maternidad; nuevos permisos y reducciones de jornadas por hijos prematuros y hospitalización; atención de hijos menores de 16 meses), que se han traducido en que los trabajadores del SAS han podido disfrutar en 2004 de casi el doble de permisos que el año anterior.

Plan de Prevención y Atención de Agresiones

Se ha elaborado un Plan Integral apoyado por todas las organizaciones sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad, además del Consejo Andaluz de Médicos y las organizaciones de usuarios. Este Plan define un Protocolo de Actuación ante agresiones y un Registro unificado, además de establecer un sistema de apoyo y asesoramiento jurídico al personal agredido. Junto con estas acciones se impartirá formación específica sobre el manejo de situaciones conflictivas. La prioridad inicial es formar a los profesionales que trabajan en centros de especial riesgo.

TABLA 5

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: ANDALUCÍA

PLANTILLA PRESUPUESTARIA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD A 31/12/04

DENOMINACION	TOTAL PLANTILLA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ATENCIÓN PRIMARIA
A. DIRECTIVO	470	354	116
B. CARGO INTERMEDIO FACULTATIVO	1569	1569	
C. FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA	7390	7390	
D. TÉCNICO DE SALUD	181		181
E. MÉDICO DE FAMILIA	4949		4949
F. PEDIATRAS	969		969
G. ODONTÓLOGOS	204		204
H. VETERINARIO	516		516
I. FARMACEÚTICO	365		365
J. CARGO INTERMEDIO NO FACULTATIVO	1153	1152	1
K. MATRONAS	796	608	188
L. FISIOTERAPEUTAS	637	383	254
M. DUE	19341	14808	4533
Ñ. AUXILIARES ENFERMERÍA	13265	12050	1215
N. TÉCNICOS ESPECIALISTAS	3063	2866	197
O. CARGOS INTERMEDIOS NO SANITARIOS	906	905	1
P. NO SANITARIO GRUPO AB	937	858	79
Q. NO SANITARIO CDE	20699	15858	4841
S. EN FORMACIÓN	3036	3036	0
T. TRABAJADOR SOCIAL	471	171	300
TOTAL	80917	62008	18909

6. Investigación.

Convocatorias Competitivas Financiadas por la Consejería de Salud de Andalucía relacionadas con la Investigación

Anualmente la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía convoca ayudas para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación en investigación, dirigidas al personal dependiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en las que pueden presentarse investigadores de instituciones no dependientes de este último, siempre que el investigador principal o coordinador del proyecto si lo sea.

Líneas prioritarias de investigación de la pasada convocatoria de 2004 fueron las relacionadas con las principales causas de morbilidad en Andalucía, sobre los Planes Integrales de Salud aprobados por la Consejería de Salud, estudios sobre necesidades de salud y gestión de servicios sanitarios e Investigación básica.

Con ello se han financiado 159 proyectos de investigación destinando para ello 1.429.000 €, y dos planes de formación en investigación con un presupuesto de 10.400 €.

Igualmente, de forma anual se convoca un premio de investigación dotado de 6.000 € y dos accésit de 3.000 € cada uno, dirigido al personal dependiente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, como reconocimiento de los mejores proyectos de investigación llevados a cabo en un período concreto.

Balance de la Investigación a Partir de la participación en Convocatorias Competitivas (FIS- Instituto Carlos III)

TIPO AYUDA	AÑO	Nº	CONTRATO	PROYECTO	TOTAL
CONTRATOS INVESTIGADORES	1999	2	39.543,52		39.543,52
	2000	2	39.543,52		39.543,52
	2001	5	98.858,81		98.858,81
	2002	3	87.226,62	27.703,00	114.929,62
	2003	7	199.538,01	81.574,00	281.112,01
	2004	5	139.732,50	199.500,00	339.232,50
CONTRATOS MIR	2003	8	176.256,00		176.256,00
	2004	8	172.800,00		172.800,00
ACCIONES ESPECIALES	2002	1			9.000,00
	2003	1			9.000,00
REDES TEMATICAS	2002	53		4.475.870,44	4.475.870,44
	2003	55		4.822.937,81	4.822.937,81
	2004	55		4.742.641,07	4.742.641,07
PROYECTOS DE INVESTIGAC.	2000	68		2.234.145,88	2.234.145,88
	2001	76		2.891.940,36	2.891.940,36
	2002	111		5.527.481,80	5.527.481,80
	2003	61		3.305.652,00	3.305.652,00
	2004	83		4.610.122,30	4.610.122,30
TOTAL					33.891.067,64

	GRUPOS	INVESTIGADORES
REDES ANDALUCIA	139	1.238

Valoración General de los Ensayos Clínicos

Desde la nueva regulación autonómica que afectó a los ensayos clínicos y a los Comités de Ensayos Clínicos (Decreto 232/2002, de 17 de septiembre, por el que se regulan los órganos de ética e investigación sanitarias y los de Ensayos clínicos en Andalucía), se ha producido un incremento del número de ensayos clínicos presentados en nuestra Comunidad: 202 en el año 2002, 273 y 320 en los años 2003 y 2004 respectivamente.

Se ha producido una mayor coordinación y unificación de procedimientos entre los 16 Comités. Con este objeto entre otras actividades, se han realizado hasta la fecha 3 reuniones específicas de coordinación de Comités.

Se ha producido una importante mejora en el circuito de información sobre la actividad de los ensayos en nuestra Comunidad por parte de la administración Sanitaria, lo que permite tener una información puntual y actualizada de los ensayos clínicos realizados en nuestra Comunidad.

Se está avanzando en otros aspectos inherentes al desarrollo de los ensayos como es la elaboración de un modelo de contrato económico único entre Promotor y el Centro, lo que permitirá un más ágil y transparente desarrollo de los mismos.

Estrategia de difusión de los resultados de la investigación

Fundamentalmente basada en la convocatoria anual de encuentros y jornadas de investigación, de forma bianual, la Consejería de Salud organiza un encuentro en el que participan tanto investigadores andaluces, como del resto de estado y otros de fuera de nuestro país, en el que se dan a conocer los trabajos recientes y de mayor impacto.

Por otra parte, la Consejería de Salud ha publicado un estudio de los últimos doce años, en el que se miden los indicadores de producción científica en nuestra comunidad.

Igualmente, cada año se procede a la edición de un libro con los trabajos premiados (premio y accesit) y publicación en la web de la Consejería de los aspectos más relevantes.

La publicación del libro Indicadores de la Producción Andaluza en Biomedicina y Ciencias de la Salud contiene numerosos indicadores científicos bibliométricos que nos han permitido saber cual es la actual producción científica sanitaria en Andalucía y qué lugar ocupa entre las comunidades y países de su entorno, con particular interés en la evolución de la investigación en el entorno del Sistema Sanitario Público. Otros datos fundamentales que se han revelado del estudio han sido la distribución productiva por provincias, las áreas donde se publica más y cuáles son los centros que más publican dentro de cada disciplina o área científica. Asimismo hemos conocido cual es la colaboración existente entre investigadores andaluces con científicos de otras comunidades y países.

Respecto a ensayos clínicos, la propiedad de los resultados obtenidos es del promotor. No obstante, se solicita al promotor el compromiso de publicar los resultados con independencia del sentido obtenido en el mismo.

El Comité Andaluz de Ensayos Clínicos es participante activo en foros y reuniones de debate sobre la materia.

La enumeración de acciones de difusión de los resultados de la investigación realizadas en 2004 se resume en los siguientes puntos:

- II Jornadas de Investigación en Enfermería.
- VI Jornadas de Investigación en Salud de la Comunidad de Andalucía.
- I Congreso Internacional de Investigación en Aceite de Oliva y Salud.
- Encuentro Europeo de Investigación en Células Madre.
- Dos encuentros de Comités de Ensayos Clínicos de centros.
- Publicación del libro "Indicadores de la Producción Andaluza en Biomedicina y Ciencias de la Salud (ISI web of Science 1900-2002)".

TABLA 6

INVESTIGACION

CCAA: ANDALUCIA

	si/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa
Agencia de Evaluación de Tecnologías	SI	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	NO		

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	SI	16	15 Comités de ámbito Local y 1 Autonómico con funciones de coordinación
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	83	

	si/no	número	Observaciones
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos			
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	SI	159	2 Planes de formación en investigación
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	SI	241	

7. Sistemas de información sanitaria:

En la comunidad andaluza existen desde hace ya varias décadas diversos sistemas de información, tanto dirigidos a conocer la actividad asistencial (sistema de información de hospitales, CMBD, sistema de información de atención primaria o sistemas específicos de las empresas públicas) como de contabilidad analítica (COAN), sobre la prestación farmacéutica (Sifarma) o sobre la salud pública (sistema de vigilancia epidemiológica, registro de IVEs, sistemas de información alimentaria, ... etc, etc).

En este apartado, sin embargo, queremos describir nuevos sistemas de información puestos en marcha más recientemente como es el sistema Gheronte de gestión de personal. También describiremos la historia de salud digital, Diraya, que aunque se ha diseñado para favorecer la interrelación de los profesionales con los ciudadanos, se va a convertir también en un potentísimo sistema de información, de potencialidad extraordinaria, al contener los datos de salud así como los resultados de las pruebas diagnósticas (analíticas, Rx, y todo tipo de pruebas) de todos los usuarios del SSPA.

SISTEMA DE INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS: GERHONTE

Es un sistema de información y registro de personal integrado para todo el servicio de salud (Gestión, Expedientes, Recursos Humanos, Oposiciones, Nóminas, Traslados y Expedientes) que gestiona a más de 80.000 profesionales con el objetivo de dar respuesta a las necesidades de gestión de los Centros así como de los Servicios centrales del SAS.

El sistema consta de diversos submódulos, entre los que destacan:

- Menú Listados GERHONTE
- Turnos, jornadas y absentismo
- Módulo Nóminas
- Módulo Seguros Sociales

El sistema incluye además de todos los datos de personal, un cuadro de mando de personal y un sistema de información basado en herramientas de Microstrategy, así como otros imprescindibles para la gestión de los recursos humanos, como por ejemplo el seguimiento y control presupuestario del capítulo de gastos de personal o la gestión del complemento de Rendimiento Profesional.

Es un sistema de registro de todos los datos de personal, formación, vida laboral, y es a la vez un sistema de apoyo a la toma de decisiones en esta materia. Por ejemplo, de manera sistemática y on line y por Centro el programa realiza proyecciones para estimar el gasto a final de año en Capítulo I. En caso de que estas estimaciones de gasto a final de año superen el Contrato Programa de los Centros, se activa una alerta con el fin de que se redefina el Plan de Gestión de Capítulo I. También permite, on-line, la Gestión del Complemento de Rendimiento Profesional. Además, a escala individual el programa ha sido diseñado para que cada responsable de Unidad pueda registrar la Evaluación de Desarrollo Profesional de cada uno de los miembros de su equipo y para cada una de las cuatro competencias evaluadas. De manera homóloga al anterior caso, el sistema calcula los importes a percibir por cada profesional, los remanentes generados a nivel de unidad, y realiza el reparto de estos remanentes en función de la valoración obtenida por cada profesional. Por último, el sistema envía toda esta información al módulo de nóminas para que se efectúe el pago. Para un mejor seguimiento y análisis de este

Complemento el programa pone a disposición del usuario hasta 19 informes detallados que suministran abundante información sobre el desempeño de las unidades y los profesionales.

DIRAYA

Diraya, que significa etimológicamente "conocimiento", es un sistema de información asistencial para todo el Sistema Sanitario Público de Andalucía. La historia de salud digital única del ciudadano, que es el núcleo del sistema; integra toda la información sanitaria de cada usuario de manera que los profesionales que asisten a un mismo paciente tengan acceso a la información clínica en cualquier centro sanitario de la geografía andaluza. Se trata de un proyecto corporativo destinado al entendimiento entre todos los centros asistenciales y centrado en el ciudadano, alrededor del cual se construyen los sistemas de información con el objetivo de facilitar su asistencia.

La solución tecnológica está integrada por diversos módulos relacionados y que comparten información entre sí, integrando en una Historia de Salud única todos los episodios asistenciales del ciudadano registrados por los profesionales del Sistema Público Andaluz, tanto en atención primaria como en la especializada. Permite el seguimiento de todos los tratamientos indicados, la petición de interconsultas o pruebas diagnósticas, la recepción de informes y resultados, así como la extensión de la receta electrónica. Pensada por y para los profesionales, cuenta con sistemas de apoyo para la decisión clínica.

Gestiona a su vez las agendas de citaciones de consultas de primaria y consultas externas así como las de pruebas diagnósticas. La centralización de las agendas permite que desde cualquier punto, siempre que se disponga de la autorización necesaria, pueda obtenerse una cita para una consulta o prueba diagnóstica. El usuario puede conseguir cita para el médico de familia a través de un centro de atención telefónica; si su médico le indica que debe verle un especialista o realizarse una prueba diagnóstica puede obtener la cita antes de salir del Centro de Salud; y si el especialista le dice que debe volver para revisión, puede asignarle la cita desde la propia consulta.

Diraya es un sistema complejo que está en desarrollo e implantación de forma simultánea. El desarrollo de los módulos de acceso centralizado de operadores, estructura, el de citación y los específicos relacionados con el nivel asistencial de centros de atención primaria han permitido iniciar, a finales de 2004, la implantación masiva en las centros de atención primaria.

Están próximos a su puesta en marcha, los de urgencias- en pilotaje y común para atención primaria y especializada- y consultas externas, que comparten con la historia de primaria muchas funcionalidades comunes (por ejemplo, las de Petición de Interconsultas, Analíticas y Pruebas Diagnósticas). El acceso y la utilización de Diraya en centros de atención especializada se implantará gradualmente a partir de 2005. En paralelo se aborda el desarrollo de los módulos de hospitalización.

Este proyecto se enmarca en una estrategia general corporativa en la que todos los centros de atención primaria y hospitales, utilizan las mismas soluciones y acceden a la información a través de un repositorio centralizado. Se supera así la situación previa de sistemas propios de cada centro que no se relacionan ni comparten información.

El primer paso para construir Diraya fue disponer de una base de datos de ciudadanos única para tener una información administrativa correcta. Nació así, en octubre de 2001, la columna vertebral del proyecto que es la Base de datos de Usuarios (BDU), que identifica unívocamente al ciudadano mediante el NUHSA (Número Único de

Historia de Salud de Andalucía) al que se vincula toda su información sanitaria. Este número es el nexo que une todas las páginas de información del usuario en una Historia Única. De esta forma, BDU es la tabla de pacientes común de todas las centros sanitarios, y la Tarjeta Sanitaria es la llave que permite acceder a la información del usuario. La BDU contiene además los datos administrativos del ciudadano, incluyendo si dispone de cobertura sanitaria pública y el tipo de prestación farmacéutica a que tiene derecho, así como el médico de atención primaria que haya elegido. BDU incluía a finales de 2004 a 7.290.422 residentes en Andalucía (98,47% del padrón).

El resultado es producto del consenso profesional. Han participado médicos de familia, pediatras internistas, celadores, neumólogos, digestólogos, enfermeras, farmacéuticos, administrativos, radiólogos, documentalistas, trabajadores sociales, médicos de admisión y de urgencias, informáticos, psiquiatras, psicólogos, analistas (de los dos: de laboratorio y de sistemas), urólogos, técnicos, directivos, ingenieros, epidemiólogos, estadísticos... y la relación continúa creciendo.

Diraya tiene como principal objetivo mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta a los usuarios. La integración de la información asistencial a través de Diraya tiene efectos inmediatos sobre cuestiones básicas. Además la seguridad de la información y el acceso inmediato a los datos de los pacientes tiene repercusiones en la continuidad asistencial, mejorando la información de que dispone el profesional sanitario para atender a su paciente: puede conocer con exactitud qué tratamientos está recibiendo, los resultados de pruebas diagnósticas... etc

TABLA 7

SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA

CCAA: ANDALUCÍA

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información ó Estadísticas sanitarias	si	Instituto de Estadística de Andalucía	Ley 4/1989	Organismo autónomo adscrito a Consejería de Economía y Hacienda	

		Autopercepción estado de salud bueno ó muy bueno en >16 años					
	si/no	Año(s) en que se ha realizado	%hombres		%mujeres		Observaciones
ENCUESTAS DE SALUD (CCAA)	si	2003-2004	78,60%		68,70%		

8. Calidad

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía estableció en el año 2000 un marco estratégico de calidad que situaba al ciudadano como centro del Sistema Sanitario Público Andaluz. Este modelo, se plasmó en el **Plan Marco de Calidad y Eficiencia**, que definió, desde una perspectiva de cooperación, la visión de la calidad que compartirían los distintos proveedores sanitarios, públicos o concertados y que ha aportado, en los últimos años, el adecuado soporte sobre el que se han desarrollado múltiples iniciativas de gran importancia para la organización.

En su línea nuclear de Calidad, el Plan proponía un conjunto de objetivos, vinculados al desarrollo de un modelo de atención sanitaria estructurada en procesos asistenciales integrados, que fuera capaz de incorporar la perspectiva de la continuidad asistencial, de impulsar la cooperación profesional y de generar cultura de mejora continua. Son sus principales logros:

- Incorporar la Calidad y Eficiencia como elementos de la cultura profesional, y establecer, como una de sus bases fundamentales el concepto de Continuidad Asistencial.
- Impulsar la Metodología de gestión por Procesos Asistenciales.
- Disponer de 45 procesos asistenciales integrados y de sus normas básicas de calidad ,las cuales son incorporadas a los Contratos-Programa de la Consejería de Salud con sus proveedores públicos o concertados.
- Contar con los Procesos de Soporte de las áreas de Laboratorio, Técnicas de Imagen, Bloque Quirúrgico, Nutrición Clínica, Hemoterapia y Bancos de Sangre.
- Diseñar el Plan operativo de implantación de la Gestión por Procesos que guía esta fase en el conjunto de centros, y desarrolla y define las unidades funcionales que deben llevarla a cabo, su composición, cometidos y cronograma.
- Disponer de la Cartera de Servicios por Procesos que establece el conjunto de servicios implicados en el desarrollo de cada proceso, y los requerimientos mínimos que éstos deben verificar.
- Definir un Plan de Cuidados Estandarizado de pacientes que se encuentran en una situación clínica concreta (proceso), y en un nivel de atención determinado, basándose en el desarrollo actual de los sistemas estandarizados de lenguaje enfermero.
- Incorporar los compromisos de implantación de procesos en los Acuerdos de Gestión entre Hospitales y Distritos y desarrollar el cuadro de mandos de procesos asistenciales con ámbito de área sanitaria concebido como una herramienta que permita la evaluación conjunta de AP y AE y el establecimiento de las correspondientes medidas de mejora.
- Disponer de Guías para auditorías internas y externas de las normas de calidad e indicadores de evaluación de procesos.
- A Diciembre 2004 ,se han constituido 36 Comisiones Interniveles (Hospital-Distritos Sanitarios), que han acordado los Procesos a priorizar y los profesionales que formaran parte de las distintas Comisiones Mixtas de implantación, así como el cronograma de actividades a realizar.
- Están constituidos y funcionando un total de 603 Grupos de desarrollo e implantación local en el total de Andalucía.
- Se ha incorporado el desarrollo de la Gestión por procesos al modelo de incentivos de Contrato Programa SAS-Hospital, SAS-Distritos, así como en los Acuerdos de Unidades de Gestión Clínicas de AP y AE.

Otro aspecto relevante lo constituye el impulso decidido a la elaboración y desarrollo de Planes Integrales para el abordaje de problemas de salud relevantes, cuya resolución depende de cómo se articulen las intervenciones sanitarias y las que corresponde ejecutar desde otros sectores (ver apartado III). No sólo mantienen la coherencia estratégica con otras iniciativas emprendidas, sino que potencian algunas de ellas, como en el caso de los Procesos Asistenciales.

Entre otros resultados tangibles del primer Plan de Calidad, pueden destacarse el desarrollo de herramientas de evaluación y prospectiva, como la elaboración de la guía de adquisición de nuevas tecnologías (GANT), la creación del Observatorio de tecnologías emergentes de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, y el diseño del Cuadro de Mandos Integral del Sistema Sanitario Público.

El II Plan de Calidad del SSPA

Todo lo anterior ha reforzado la idea de seguir apostando por la calidad, como eje vertebrador de todas las actuaciones de nuestro sistema sanitario. Por ello, con el deseo de ofrecer una sanidad cada vez más personalizada, cercana, creativa, moderna e innovadora, se ha elaborado el II Plan de Calidad que, con un espíritu de continuidad, pretende la consolidación de todas aquellas estrategias que están demostrando su validez, innovando a la vez al incorporar nuevos elementos y fórmulas de organización y gestión, de relación con el ciudadano y con los profesionales.

En el II Plan de Calidad del SSPA se recogen un total de 25 proyectos y 158 líneas distribuidos en cinco ejes estratégicos:

En primer lugar, de cara a asumir las necesidades de los ciudadanos, se creará un foro electrónico que recoja las opiniones y sugerencias de los usuarios de la sanidad pública andaluza, la extensión en todos los centros sanitarios de la ventanilla única y la creación de guías y documentos de interés científico técnico en un lenguaje asequible.

Para garantizar la gestión de la calidad de los servicios sanitarios se favorecerán modelos de gestión más descentralizados y con mayor autonomía: gestión clínica, gestión por procesos, áreas sanitarias, gestión por competencias, ...

El cumplimiento de estos compromisos estará garantizado a través del sistema de acreditación continua de los servicios, centros y profesionales, tarea de la que se encarga la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La sanidad pública andaluza se compromete en este punto a ofrecer resultados de calidad adaptando su sistema organizativo a las nuevas necesidades y retos de la sociedad.

En tercer lugar, dentro del ámbito de la Salud Pública, y con un enfoque novedoso de extensión a esta área del concepto de calidad, se elaborarán políticas de promoción de la salud, centrada especialmente en problemas prevalentes como la obesidad infantil y tabaquismo. Dichas medidas se completan con el desarrollo de un potente sistema de vigilancia que aporte información valiosa y ayude a minimizar posibles situaciones de riesgo.

En cuanto a la gestión del conocimiento, la Consejería de Salud apuesta en su II Plan de Calidad por crear un sistema que propicia la investigación aplicada en salud y la generación de conocimiento, así como por su puesta a disposición de los profesionales y los ciudadanos. Para ello, fomentará el desarrollo profesional y la formación de profesionales, la evaluación rigurosa y previa de las tecnologías sanitarias emergentes, poniendo a su vez en marcha el Centro de Información y Documentación Científica y

una Biblioteca Virtual, que permitirá a los profesionales tener acceso, a través de Internet, a documentos científico-técnicos de interés.

Por último, e impregnando todo el sistema, en el eje de Innovación se contempla potenciar el uso intensivo de las nuevas tecnologías en la sanidad pública andaluza, uso que se materializará en sus formas de relación con el ciudadano, con el desempeño profesional y en las formas organizativas y de gestión. En este sentido, se extenderá la red de telemedicina y teleprestaciones, se culminará la implantación de la historia de salud digital y la receta electrónica en toda la comunidad, creándose un Banco de Innovaciones Organizativas y Tecnológicas que permita compartir las experiencias novedosas en estos ámbitos.

La Agencia de Calidad y los procesos de acreditación

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (Agencia), se crea en el año 2002 como parte de la estrategia impulsada por la Consejería de Salud para impulsar y garantizar la calidad en la atención a los ciudadanos y ciudadanas dentro del Sistema Sanitario de Andalucía (SSPA).

Desde la Agencia se emprende el diseño y puesta en marcha de un modelo de acreditación coherente con el marco normativo y con los diferentes planes e instrumentos puestos al servicio de la mejora continua del Sistema Sanitario de Andalucía (gestión clínica, gestión por procesos y gestión por competencias)

Con el objetivo de abordar la calidad desde todos los frentes posibles como la mejor opción para garantizarla, actualmente se están aplicando diferentes Programas de Acreditación; de Centros (hospitalarios y de atención primaria), de Unidades Clínicas de Gestión (de atención especializada y de atención primaria), de Unidades de Investigación, de actividades de Formación Continuada, de Competencias Profesionales (en diferentes grupos y especialidades) y se incorporará próximamente el programa de acreditación de páginas Web sanitarias.

Todos los programas comparten un esquema común, coherente con las líneas estratégicas definidas por la Consejería de Salud en el Primer y Segundo Plan de Calidad y sus estándares surgen de estos y de los contenidos del III Plan Andaluz de Salud, Banco de Expectativas de ciudadanos y ciudadanas del SSPA, mapa de Procesos Asistenciales Integrados, Contratos Programa y acuerdos de gestión, etc.

El modelo de Acreditación de Andalucía se comporta como un sistema integrado, que permite aplicar diferentes programas en un determinado escenario asistencial (acreditando por ejemplo en un Distrito de Atención Primaria sus centros, sus Unidades Clínicas de Gestión y sus Profesionales) orientando todos sus elementos a la mejora continua y a la obtención de los resultados en salud establecidos.

La autoevaluación es una fase clave en todos los procesos de acreditación. Supone una ventana de oportunidad y un espacio de consenso en el que intervienen los diferentes actores (profesionales, gestores y ciudadanos). En cada caso, la autoevaluación se apoya en una aplicación informática en entorno Web (ME_jora), que posibilita hacer además difusión del conocimiento y de las mejores prácticas.

Hasta la fecha se encuentran en marcha 114 proyectos de acreditación de Centros y Unidades del Sistema Sanitario de Andalucía (14 centros hospitalarios, 11 centros de atención primaria, 8 centros de emergencias, 39 Unidades Clínicas de Gestión de Atención Especializada, 41 Unidades Clínicas de Gestión de Atención

Primaria y 1 Unidad de Investigación), y se han iniciado los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales de Médicos-as de Familia de AP y de Enfermeras de AP.

Durante el desarrollo de los procesos de acreditación se crean grupos de mejora interdisciplinares (algunos con participación de ciudadanos) en los Centros y Unidades en torno a la autoevaluación. Estos grupos identifican evidencias positivas (elementos de cumplimiento) y priorizan y planifican áreas de mejora. En los procesos de acreditación en marcha han participado de forma directa casi 1500 profesionales (759 como autoevaluadores y 740 como responsables de las áreas de mejora)

La autoevaluación ha posibilitado detectar de manera sistemática 6271 áreas de mejora, un tercio de las cuales aproximadamente, se han cumplido antes de la visita de evaluación externa.

La Agencia cuenta con un equipo de 30 evaluadores externos (profesionales del SSPA), que colaboran ocasionalmente en el desarrollo de las visitas de evaluación externa que tienen lugar al finalizar la autoevaluación. En el transcurso estas visitas, se observa el cumplimiento de los estándares del correspondiente Programa, elaborándose a continuación el Informe de acreditación, según el nivel de acreditación alcanzado (acreditación progresiva en tres grados: Avanzada, Óptima y Excelente).

Al concluir los procesos de acreditación, en los Centros y Unidades se ponen también de manifiesto determinados elementos de calidad destacada (mejores prácticas), a los que se da difusión desde la aplicación informática ME_jora.

En la actualidad la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía está preparando la publicación del Programa de Acreditación de Centros de Formación Continuada, está elaborando el Programa de Acreditación de Centros y Unidades de Diálisis y ultimando el diseño de los Programas de Acreditación de Competencias Profesionales para el resto de especialidades.

9. Seguimiento del estado de salud de la población.

La comparación de los indicadores de salud durante la última década con la población española pone de manifiesto que la tendencia de Andalucía es positiva. Desciende la mortalidad general y aumenta la esperanza de vida, aunque todavía queda un cierto margen de mejora, debido entre otros factores a las diferencias del punto de partida. Los años potenciales de vida perdidos no presentan un patrón muy diferente en Andalucía y en España. En ambos, la caída es más pronunciada para los hombres, especialmente en el último lustro. En la mortalidad infantil la reducción ha sido más acentuada, acercándose a las cifras españolas.

En cuanto a las causas, Andalucía tiene un patrón similar al del resto de España, que corresponden a un país desarrollado con un predominio de las enfermedades circulatorias y tumores. Entre estas y las enfermedades respiratorias, digestivas, accidentes y diabetes suman el 80-85% de todas las causas de muerte.

Los últimos datos de mortalidad disponibles hasta el momento (IEA, 2002. 2003) presentan los siguientes indicadores:

Mortalidad general en Andalucía. 2003			Mortalidad Infantil (datos de 2002)	
	Mujeres	Hombres		
Casos	30366	33489	M. Infantil	4.80
Tasas crudas	811.62	925.88	M. Neonatal	3.35
Tasas Est.	506.61	899.40	M. Postneonatal	1.45
APVP	2208.82	5423.61		
EV Nacer	81.76	74.99		
EV 15 años	67.22	60.55		
EV 65 años	19.65	15.72		

Mortalidad por causas. 2003								
	Casos		Tasas crudas		TSD		APVP	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Circulatorias	321	10852	356.04	300.03	205.49	291.75	348.04	980.93
Tumores	5613	9707	150.02	268.37	112.35	258.20	956.06	1627.35
Respiratorias	2643	4190	70.64	115.84	40.72	111.33	77.15	215.64
Digestivas	1548	2035	41.38	56.26	25.68	55.56	92.96	373.16
Externas	733	2048	19.59	56.62	16.13	54.06	330.88	1357.83
Endocrinas	1347	806	36.00	22.28	21.72	21.56	68.22	78.08

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía se estructura organizativamente en distintos niveles, Central, Provincial, hospitalario y distritos de atención primaria. Cuenta con más de 100 facultativos con diverso nivel de dedicación a la epidemiología.

Desde su creación hace 9 años se ha consolidado un circuito de información robusto en cuanto a enfermedades infecciosas y alertas, que permite trabajar con

información a tiempo real, con una demora mínima en el sistema de declaración de enfermedades.

Actualmente, se está reorientando desde un tradicional sistema de Vigilancia Epidemiológica hacia otro orientado a la **vigilancia en salud pública**, y enmarcado en el II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, se establecen tres áreas de actuación para 'Impulsar la calidad de las políticas de vigilancia en salud pública': 1. Análisis de la salud y sus determinantes, 2. Evaluación del impacto en salud pública y 3. Red de alerta y crisis en salud pública. Para asegurar la implantación progresiva de estas líneas de trabajo, se han introducido en el Contrato-Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud aquellos elementos sustanciales del mismo.

La descripción de estas áreas es la siguiente:

Análisis de la salud y sus determinantes.

Se plantea conocer el estado de salud y sus determinantes en la población andaluza, incorporando nuevos elementos para el análisis, que valoren la influencia de las relaciones y dinámicas sociales sobre la salud, mediante un sistema de información global e integrado, que seleccione información relevante procedente de diferentes fuentes y que contemple en su definición las siguientes características:

- Orientado a la planificación, evaluación y la mejora continua de intervenciones a través de planes y programas de salud pública priorizados por la Consejería de Salud.
- Estandarizado, para proporcionar una información homogénea y comparable, que permita identificar desigualdades y elementos de investigación o intervención.
- Que proporcione información con el nivel suficiente de desagregación para la toma de decisiones
- Con la periodicidad temporal necesaria para monitorizar indicadores y priorizar objetivos.
- Integrado dentro de los sistema de información sanitaria del SSPA.

Evaluación del impacto en salud pública.

Esta área de actuación implica la voluntad de conocer los efectos sobre la salud pública, tanto de las política impulsadas desde la Consejería de Salud, como de aquellas otras políticas de la Junta de Andalucía con resultados previsibles sobre la salud de la población andaluza, y que deben ser conocidos antes de su implantación.

Red de alerta y crisis en salud pública.

La red de alerta del SSPA se concibe como un servicio que detecta e interviene ante situaciones de riesgo para la salud pública, potencial, real o que generen alarma social.

10. Participación:

Actualmente la Consejería de Salud en Andalucía, está inmersa en la elaboración y desarrollo de una política de participación para toda la organización de salud, usuarios del sistema y ciudadanía general.

Los escenarios seleccionados son los que a continuación se describen:

- El escenario de los servicios, que contempla a todos sus actores (gestores, profesionales, usuarios y órganos de mediación) y las relaciones establecidas entre ellos. Incluye los órganos de comunicación y mediación que se ocupan del desarrollo y seguimiento de todos los instrumentos (2ª opinión, consentimiento informado, reclamaciones, encuesta de satisfacción, etc). Incluye a los ámbito de atención especializada y atención primaria e incorpora la continuidad de la atención.
- Escenario correspondiente a los órganos de participación, estructurado jurídicamente a través del Consejo Andaluz de Salud, la participación en los consejos de áreas y comisiones consultivas.
- El escenario comunitario de los barrios y los pueblos, donde superando al propio sector (consejo de salud), se incorpora con otros sectores (salud como una más) en planes y proyectos de desarrollo de zona. Actualmente, se está ultimando un proyecto de investigación de carácter intersectorial denominado ACCIÓN.CON.
- El escenario asociativo, en continuo desarrollo a través de las demandas para la mejora de los servicios y cada vez más en la colaboración y mejora de la calidad de las prestaciones.

El objetivo inmediato es encauzar en cada escenario una participación activa en la elaboración y desarrollo de las políticas de salud (III Plan Andaluz de Salud), de forma que en el área de los servicios se potencien una relaciones favorables y unos cauces que permitan la aportación de la ciudadanía, y que las estructuras de participación sean cada vez más positivas en términos de impacto sobre la remodelación de los servicios.

Además de éstas, existen otras experiencias consolidadas o de más reciente instauración sobre la participación de los usuarios en el sistema público andaluz. A continuación se señalan tres experiencias que consideramos especialmente novedosas: el convenio con el Consejo de Consumidores, las encuestas de satisfacción y la publicación, vía web, de indicadores de calidad y satisfacción.

Convenio con el Consejo de Consumidores y Usuarios de Andalucía

Desde el año 2000, que el Servicio Andaluz de Salud firmó un Convenio de colaboración con el Consejo de los Consumidores y Usuarios de Andalucía (integrado por la Federación de Consumidores en Acción de Andalucía-FACUA-, la Federación Andaluza de Consumidores y Amas de Casa –AL-ANDALUS- y la Unión de Consumidores de Andalucía-UCA/UCE) se plantea una dinámica de participación estructurada en el ámbito del SAS con todas las organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía. Junto a otras iniciativas extensas en distintos centros de salud y hospitales de la red y a comisiones de participación existentes en centros.

Este Convenio se ha venido prorrogando anualmente hasta la actualidad, al valorarse muy positivamente la colaboración establecida por ambas partes. A lo largo de estos años se han mantenido reuniones y sesiones de trabajo regulares y se han seguido celebrando encuentros periódicos analizando temas de interés. Se han celebrado además, con carácter bienal Jornadas Andaluzas Conjuntas entre

profesionales del Servicio Andaluz de Salud y Usuarios integrantes pertenecientes a las citadas asociaciones. La última de ellas se celebró a comienzos del pasado año 2004.

Encuestas de Satisfacción en Usuarios de los Centros del SSPA

Como cada año y por sexto año consecutivo, desde 1999, se mide mediante encuestas externas e independientes –investigación realizada por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía, del Consejo Superior de investigaciones Científicas– la opinión sobre la experiencia asistencial de los usuarios tanto en los hospitales y en los centros de atención primaria, como, por segunda vez en 2003, en las consultas externas de especialidades. Para la Consejería y el Servicio Andaluz de Salud es de gran importancia conocer la opinión directa de los usuarios, y la satisfacción expresada ayuda a monitorizar los cambios y las áreas de mejora potencial. En total, se han encuestado en 2004 a más de 46.000 usuarios de los centros sanitarios (centros de salud, centros de consultas externas de especialistas y hospitales) del SAS.

Se miden numerosos aspectos: 51 variables en hospitales, 62 en atención primaria y 53 en consultas externas. En el análisis de las encuestas realizadas se observa que las dimensiones que resumen explican la valoración global sanitaria son cinco: el servicio, el tratamiento, los profesionales, la organización y los aspectos hosteleros (confort, comida, limpieza...).

En atención primaria, los resultados obtenidos en 2004 registran un 89% de usuarios satisfechos en general con la atención recibida en el centro de salud.

En el hospital alcanzan un 88.9% de usuarios satisfechos con la atención recibida. Y en consultas externas el 82.5%, dato inferior a los registrados en atención primaria y hospitales. Este proyecto en su edición 2005, se encuentra en la actualidad en fase de realización.

Información Pública sobre Resultados sobre Actividad y Calidad de los Hospitales

Se trata de una iniciativa de gestión hospitalaria inédita en España, puesta en marcha por la Consejería de Salud en julio de 2004 que se concreta en un hecho fundamental: el libre acceso de la sociedad andaluza, a través de las páginas web de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud a una serie de indicadores sobre aspectos relevantes de los hospitales que prestan sus servicios en el territorio andaluz. Desde dicha ubicación, se puede consultar la valoración que cualquier hospital público andaluz obtiene en 26 indicadores que abarcan tres grandes áreas, accesibilidad y capacidad de respuesta, actividad asistencial y satisfacción del usuario.

En términos de innovación en la gestión, la iniciativa promueve la mejora continua de la calidad en las instituciones y servicios hospitalarios a través de la información y de la identificación de áreas de mejora; estimula la interacción hospitalaria entre las organizaciones, departamentos y servicios asistenciales y la puesta en práctica de planes de acción; refuerza la proyección e imagen del hospital hacia valores de información, transparencia e implicación en la mejora continua; dinamizar una mayor centralidad del paciente y del ciudadano en relación con la gestión hospitalaria, mediante la confluencia de sistemas de información, de programas de garantía de calidad y de iniciativas innovadoras en e-Salud; y situar a la sanidad, en posiciones de vanguardia a partir del desarrollo del benchmarking, de la transparencia y de estrategias activas de evaluación de políticas públicas.

En la selección de los indicadores se han aplicado criterios de validez, relevancia, transparencia, interés para el ciudadano, comparabilidad, gradualidad, factibilidad y disponibilidad y mínimo número / máxima información, a un conjunto de indicadores resultante de la revisión bibliográfica y documental llevada a cabo.

Se trata de brindar una información comparada -con carácter anual- en función de los datos observados y esperados de cada uno de los centros y no de realizar un ranking entre hospitales. Para ello se asigna a cada indicador de cada uno de los hospitales un símbolo determinado por una escala de tres posiciones (superior, en la media, e inferior a la media andaluza), en la que se tienen en cuenta los intervalos de confianza de los datos con respecto al valor medio observado en el conjunto de hospitales.

Los estándares para cada indicador son la media de los valores observados del conjunto de hospitales o de su grupo de comparación.

El proyecto es fruto de la colaboración entre el SAS y la EASP, en la definición del proyecto y en la asignación de símbolos en las áreas de actividad y de accesibilidad y capacidad de respuesta, y del SAS y el IESA/CSIC en la asignación de símbolos en el área de satisfacción.

Los sistemas de información empleados han sido: CMBD, Registro de demanda quirúrgica, COAN, INIHOS y Encuestas de Satisfacción en hospitales.

Los perfiles de cada hospital en sus 26 indicadores están accesibles en la página web de la Consejería de Salud:

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/library/plantillas/externa.asp?id=acsspa>

y en la página web del Servicio Andaluz de Salud:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

La difusión de resultados asistenciales sobre indicadores relevantes de los hospitales, cuando se hace con las debidas garantías metodológicas y de consenso, contribuye no sólo a mejorar la transparencia de los centros asistenciales y a generar un impacto social que deviene en estímulo y en reconocimiento de la sociedad local hacia el centro hospitalario y la proyección que éste representa en su entorno, sino que genera una línea, inexplorada hasta ahora, de gestión de la calidad hospitalaria en el centro y entre sus profesionales.

Como fruto de la publicación de los datos, se pusieron en marcha en cada uno de los hospitales planes de mejora según los resultados obtenidos.

A comienzos de 2005 se publicó en la página web la segunda edición de resultados correspondiente a HOSPITALES (con datos a 1 de enero de 2004)

Actualmente se trabaja para la publicación de la tercera edición de HOSPITALES (con datos a 1 de enero de 2005) así como la publicación por primera vez del proyecto referido a los centros de ATENCIÓN PRIMARIA (con datos a 1 de enero de 2005). Ambos proyectos se harán públicos tras el verano en la página web.

TABLA 10

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

	si/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	SI	Decreto 60/99 de 9 de Marzo (BOJA 13/4/99) /Orden 6 de Junio de 1999 (BOJA 17/6/99) / Decreto 128/97 de 6 de mayo (BOJA 60 de 24 de mayo de 2005)	
Segunda opinión	SI	Decreto 127/2003 de 13 de Mayo. / Orden 24 de Agosto de 2004	
Acceso a la Historia Clínica	SI	Ley 41/2002, de 14 de noviembre	
Consentimiento Informado	SI	Ley 41/2002, de 14 de noviembre	
Instrucciones Previas/Ultimas Voluntades	SI	LEY 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada	
Guía ó Carta de Servicios	SI		CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTERA DE SERVICIOS

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	SI	Servicio de Participación y Acción Social en la Dirección General de Salud Pública			Actualmente en elaboración Plan y Decreto de Participación

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	SI	480.000 euros	137	Asociaciones de Ayuda mutua

11. Equidad:

La intervención basada en la equidad se plantea en distintas direcciones complementarias. Por una parte, están las zonas que manifiestan claramente situaciones de desigualdad. Simultáneamente están los colectivos que sufren especialmente las diferencias sociales que les están repercutiendo en salud (inmigrantes, drogodependientes, personas sin techo, etc...). Y también existen poblaciones dispersas, que por razones nuevamente socio-económicas o de índole que afecta a su proyecto vital (mayores, jóvenes excluidos del proceso educativo, mujeres separadas y sin recursos y mujeres en general), entran en itinerarios que conducen a la desigualdad y a la exclusión social.

La idea central que mueve a la reducción de desigualdades se basa en la evidencia de que son las clases sociales más desfavorecidas, y muy en especial las mujeres, quienes mueren antes, enferman más, y tienen con mayor frecuencia hábitos perjudiciales para la salud y peor calidad de vida

El III PAS , recoge en una de sus cuatro metas fundamentales la reducción de desigualdades (2ª meta). En cuanto a los 6 ejes transversales que cualquier política de salud tiene que tener en cuenta, señala la necesidad de la alianza de los distintos sectores públicos, en el concepto de Intersectorialidad como primer eje transversal, al que acompaña la participación ciudadana y la acción local entre otros ejes.

La concreción última de las 10 estrategias prioritarias dedican dos objetivos: 20 y 21 a reducir desigualdades en términos poblacionales y de colectivos con especial necesidad respectivamente.

Las líneas esenciales que están actualmente en marcha de forma simultánea son:

- El refuerzo de las intervenciones a través de la provincialización del III Plan Andaluz de Salud en zonas que aglutinan mayor morbi-mortalidad. Formación de un equipo de seguimiento epidemiológico que diseña las intervenciones y realiza su seguimiento.
- Una línea exclusivamente sectorial destinada a reforzar los servicios de salud que tienen más contacto con las poblaciones descritas ("plan de atención en salud para las zonas con necesidades de transformación social), concretada fundamentalmente en el esfuerzo de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.
- El desarrollo de los servicios de salud en las zonas con necesidades de transformación social, con una orientación cada vez más fuerte en sumar la salud, con objetivos compartidos con otros en planes de desarrollo social de la zona, que implica la alianza no solo con otros sectores públicos, sino con otros actores de las zonas (vecinos, ONG's, CC. LL...)
- La respuesta a los colectivos con especial necesidad, entre los que destacamos: el plan de prostitución, plan de SIDA, plan de inmigración, discapacitados y la colaboración activa con otros planes intersectoriales como el de familia, el de inclusión social, etc.
- El fenómeno de arrastre que plantea la política de salud junto con la de bienestar y la educativa hacia prestar una atención preferente en el desarrollo de políticas poblacionales, orientadas a la reducción de desigualdades de todo el ejecutivo. Se trata en definitiva, que las políticas se estructuren convergentemente con los distintos sectores del ejecutivo, hacia el objetivo común de reducir desigualdades.

Además de los planteamientos citados, en todas las políticas de salud de la Junta de Andalucía se considera el principio de equidad como un elemento básico a tener en cuenta para la planificación y puesta en marcha de cualquiera de dichas políticas.

De ellas queremos destacar especialmente la puesta en marcha de los Centros Hospitalarios de Alta Resolución (Chares), descrito en el apartado de experiencias innovadoras, uno de cuyos objetivos principales es, precisamente, favorecer la equidad en el acceso para todos los ciudadanos y ciudadanas andaluces, independientemente de su lugar de residencia.

TABLA 11

MEDIDAS PARA LA EQUIDAD

CCAA: ANDALUCÍA

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
Género	SI	IMPACTO	Ley 31 de diciembre de 2003	Incluye desarrollo de cursos formativos de distintos niveles
Colectivos específicos (inmigrantes, salud mental sin apoyo, etnia...)	SI	Objetivos III Plan Andaluz de Salud	Objetivos 21	Participación de salud en planes integrales intersectoriales (In migración, protitución, etc.)
Discapacidad	SI	Plan de Discapacidad intersectorial y Plan de dependencia sectorial)		
Otras: Zonas de Transformación Social	Si	Planes participados de salud	Proyecto de Investigación ACCIÓN.COM / Actuación de Salud en Zonas de Transformación Social	Conexión con experiencias avanzadas deen barrios y pueblos / Conexión con el Plan de participación.

12. Valoración del proceso transferencial

La paulatina descentralización de la gestión del Sistema Nacional de Salud a las diferentes comunidades, ha contribuido a aproximar las decisiones y la gestión sanitaria a los ciudadanos de cada autonomía, al tiempo que a un enriquecimiento mutuo y al desarrollo de formas de gestión cada vez más modernas y eficientes. Por ello, desde Andalucía consideramos muy positivo todo el desarrollo del proceso transferencial, máxime en una comunidad como la nuestra, en la que la situación de partida era sustancialmente mejorable.

Andalucía fue la segunda comunidad, tras Cataluña, que recibió las transferencias sanitarias hace ya más de 20 años. Esto supuso en su momento un reto clave para el autogobierno, ya que significó comenzar a gestionar, en un breve plazo de tiempo y sin apenas experiencia previa en este sentido, un volumen extraordinario de servicios y profesionales, en el contexto de un sistema sanitario débil, con recursos comparativamente escasos y muy concentrados, y con una integración política y funcional prácticamente ausente.

En estas dos décadas, Andalucía ha conseguido, pese a su frágil situación de partida, edificar un sistema público de salud perfectamente homologable a los más desarrollados de su entorno, en un proceso de construcción que presenta tres etapas claramente diferenciadas.

La primera etapa, que transcurre entre 1984 y 1990, estuvo protagonizada fundamentalmente por la expansión territorial de los recursos, así como la definición de las estrategias asistenciales y del modelo de red de servicios, dándose para ello un gran impulso a la inversión para superar la situación deficitaria de partida.

Consecuentemente, también fue una etapa en que hubo que acometer profundas reformas en las distintas redes asistenciales. Por un lado, en Atención Primaria donde se realizó un esfuerzo importante de reconversión y extensión hasta llegar a la amplia red de cerca de 1.500 centros con que hoy cuenta este ámbito asistencial. En cuanto a la red hospitalaria, durante ese periodo se acometió la integración de redes asistenciales públicas y se incrementó en un 20% el número de camas instaladas, en gran parte gracias a la creación de 16 nuevos hospitales, que han convertido a Andalucía en la comunidad con la red hospitalaria comarcal más extensa del país. A ello se sumó una reforma psiquiátrica de gran calado, que se tradujo en el cierre de la antigua red de hospitales psiquiátricos y en su sustitución por una red integrada y normalizada de Servicios de Salud Mental. Esta se complementa en la actualidad con una potente estructura sociosanitaria de integración social y laboral de las personas con enfermedad mental (a través de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental –FAISEM).

Otro de los grandes hitos que culminó esta primera etapa fue, sin duda, la creación del Servicio Andaluz de Salud en 1986, que se constituyó como el primer Servicio Regional de Salud del Estado en una comunidad con competencias transferidas.

La segunda etapa coincidió con el inicio y desarrollo de la década de los 90 y fue la de la modernización y consolidación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que tomó carta de naturaleza como tal, y donde se establecieron sus principales elementos de ordenación y regulación.

Uno de los aspectos trascendentales fue la definición de una estrategia regional de salud, cuya expresión fue el Plan Andaluz de Salud aprobado en 1993, y del cual hoy contamos ya con dos nuevas ediciones, las de 1999 y 2003, que establece los objetivos priorizados para la mejora de la salud y las principales estrategias para poder alcanzarlos.

Esta segunda etapa fue también la que dio lugar a la definición de un nuevo marco regulador para la sanidad pública, basado en una separación de funciones entre la autoridad sanitaria pública (que asumió un papel de financiador, de definición de políticas y de autoridad) y los organismos encargados de la gestión y provisión de servicios, cuyo principal exponente es el Servicio Andaluz de Salud.

Fue la fase asimismo en la que comenzaron a impulsarse las herramientas de Gestión como los Contratos Programa con los Centros Sanitarios públicos, que precisamente se implantaron, por primera vez en España, en Andalucía en el año 1992, así como el periodo en que se crean nuevas Instituciones bajo nuevas formas de gestión pública, más flexibles y con mayor capacidad de adaptación a las necesidades y deseos de los ciudadanos.

Por último, con la aprobación en 1998 de un nuevo marco normativo para la sanidad andaluza, la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, en la que se integran todos estos elementos, se abrió todo un conjunto de nuevas posibilidades al Sistema Sanitario Público con un panel de derechos ciudadanos significativamente avanzado.

A partir de este momento, y hasta la actualidad, la política sanitaria andaluza emprendió una senda que todavía recorre y que, basada en parámetros de calidad, eficiencia e innovación, centra sus actuaciones y fines en la satisfacción de los ciudadanos. En este sentido, se viene impulsando durante los últimos años una serie interrelacionada de líneas estratégicas donde cobran especial importancia los nuevos modelos de organización y herramientas de gestión; la calidad asistencial; la alta resolución; el uso de las más avanzadas tecnologías sanitarias, y de sistemas de información y comunicación y de gestión del conocimiento; la configuración de una nueva arquitectura de derechos (libre elección, segunda opinión, voluntades anticipadas, garantías de espera quirúrgica, consultas externas o pruebas diagnósticas, diagnóstico genético preimplantacional, ...); o la potenciación de la investigación biomédica de vanguardia, ... Todo ello ha conseguido posicionar el sistema sanitario andaluz como uno de los más avanzados dentro del contexto nacional.

En definitiva, el esfuerzo realizado por Andalucía en la construcción, consolidación y modernización de su sistema sanitario ha sido sostenido y sólido desde las transferencias en materia sanitaria. Y en ello hay que reconocer que ha jugado un papel importante la cesión de competencias, pues constituyó un acicate y la vía que ha permitido ir dirigiendo nuestra sanidad, otorgándole prioridad en muchas ocasiones sobre otras políticas públicas, hasta llegar a construir el Sistema Sanitario Público moderno e innovador con el que Andalucía cuenta en la actualidad.

13. Descripción de una experiencia innovadora

13.1 Centros Hospitalarios de Alta Resolución (CHARES)

Tanto las tendencias actuales de desarrollo de la atención hospitalaria en nuestro entorno, como las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías, permiten articular una propuesta de nuevo modelo de centro hospitalario, que moderniza la red de atención especializada de Andalucía y mejora su accesibilidad y capacidad de respuesta, en un escenario favorecedor del desarrollo profesional, la calidad y eficiencia.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, tiene como uno de sus objetivos prioritarios utilizar todos aquellos instrumentos a su alcance para mejorar la calidad de los servicios, conseguir un acceso equitativo a los recursos e incorporar aquellos aspectos que más demandan los usuarios y generan mayor satisfacción. Forma parte de este objetivo acercar a la población la asistencia sanitaria especializada, planteándose como parte de la consecución de este objetivo el modelo de Centro Hospitalario de Alta Resolución. Con ellos se conseguirá que ningún ciudadano andaluz esté a una distancia superior a 30 minutos de un centro de atención especializada.

Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución responden por tanto a un concepto organizativo nuevo, orientado al cliente, y en este sentido coincidiendo con las expectativas de los ciudadanos, orientados también a la resolución de sus problemas de salud con la mayor brevedad posible.

Los hospitales de alta resolución acercan los servicios especializados a la población, tienen menos camas de hospitalización, disponen de un alto nivel tecnológico y una gran capacidad resolutive. En ellos la hospitalización convencional tendrá un peso cada vez más liviano, y su importancia estará más ligada a la Cartera de Servicios y a la calidad de su oferta técnica y profesional.

Para el análisis de cada uno de los futuros centros que se plantean, se ha evaluado la situación actual de la estructura de atención primaria en cada área, definiéndose distintos tipos de Centros Hospitalarios de Alta Resolución, según el volumen de población a atender, la distancia a otros centros hospitalarios y la interrelación con la estructura de atención primaria.

Se dan *dos tipos de centros*, en función de que los recursos de atención primaria y asistencia especializada estén ubicados o no, en el mismo edificio:

- Centros Hospitalarios de Alta Resolución para la atención especializada.
- Centros Hospitalarios de Alta Resolución para la atención primaria y especializada.

En todos los casos, será común la estructura para la atención de urgencias en el municipio donde se ubique el centro sanitario. En gran parte de los nuevos centros, los dos niveles asistenciales comparten servicios.

Uno de los elementos claves para diseñar el mapa de Centros de Alta Resolución ha sido el análisis de la accesibilidad de la población de cada municipio a todos los hospitales, tanto del Servicio Andaluz de Salud, como Empresas Públicas y centros concertados. Dicho análisis se realiza mediante el cálculo de la distancia en unidad de tiempo (crona), entre los municipios y los centros de atención especializada.

La metodología utilizada se basa en el cálculo de rutas óptimas (distancia más rápida entre dos puntos) mediante Sistemas de Información Geográfica.

Los Centros Hospitalarios de Alta Resolución responden a un concepto organizativo nuevo, pasando de ser únicamente estructuras verticalizadas, a compaginar con estructuras funcionales por procesos; orientado al paciente y al producto y, en este sentido, coincidiendo con las expectativas que todo enfermo pone de manifiesto al aspirar como es lógico, a que todas las pruebas y exploraciones necesarias para actuar terapéuticamente sobre él, se realicen a ser posible en un acto único y con la mayor brevedad, siempre que su proceso lo permita.

Situar las necesidades del paciente como el eje sobre el que articular las prestaciones asistenciales, determina que el Proceso Asistencial integral y único, ha de constituir la base de la organización de los servicios y de los centros sanitarios. Implica un cambio cultural y determinante en los Centros Hospitalarios de Alta Resolución y su forma de funcionamiento.

En este sentido, no sólo para minimizar un posible empeoramiento de sus problemas de salud, sino también para evitar la angustia de la espera y no sufrir los tiempos muertos, será de aplicación la modalidad asistencial basada en el concepto de atención en Consulta Única, donde se produce una respuesta inmediata, con medios diagnósticos de apoyo (radiología y laboratorio), cirugía sin ingreso, observación etc.

Por otra parte, los avances de la tecnología, cada vez más sofisticada, más depurada y menos agresiva para el enfermo, favorece la implantación en estos Centros de la Cirugía Mayor Ambulatoria, lo que nos permite que la estancia hospitalaria del enfermo se pueda reducir de forma significativa.

En este marco, la Continuidad Asistencial, planteada más allá de la simple coordinación entre niveles, pasa a ser un criterio clave y determinante que ha de inspirar la organización, funcionalidad y formas de trabajo de toda la organización.

Estos centros de alto nivel resolutivo, tendrán las características básicas para potenciar el desarrollo de los siguientes aspectos:

- Mejorar la accesibilidad a los dispositivos sanitarios, tanto diagnósticos como terapéuticos.
- Disminuir los tiempos de respuesta a las demandas de los ciudadanos para pruebas diagnósticas, consultas externas y cirugía programada.
- Agilizar los circuitos administrativos de consultas y exploraciones, disminuyendo los trámites burocráticos y tiempos muertos para el acceso a todo tipo de prestaciones.
- Prestar la atención sanitaria urgente.
- Potenciar la consulta de acto único, que permitirá una respuesta rápida e integral que contemple tanto el diagnóstico como las exploraciones y el tratamiento en un mismo acto asistencial.
- Potenciar alternativas a la hospitalización, a través de la puesta en marcha de unidades de hospital de día, tanto para procesos quirúrgicos como de carácter médico:

- Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Hospital de día médico:
 - . Tratamientos hematológicos y oncológicos.
 - . Terapias digestivas.
 - . Tratamientos en pacientes con VIH.
- Cooperación Asistencial entre Atención Primaria y Asistencia Especializada:
 - Atención a enfermos al alta hospitalaria.
 - Atención al inmovilizado.
 - Fisioterapias.
 - Terapias respiratorias, etc.
- La implantación de nuevas tecnologías, sin duda alguna, viene a ser una ayuda eficaz para la medicina, sin que por ello se sustituya la tradicional relación médico-paciente. La telemedicina podrá posibilitar la atención a los enfermos sin tener que ser trasladados a centros de mayor especialización, ya que en dependencias de menor nivel y a través de la interconexión entre profesionales, se podría abordar multitud de casos que requieren traslados con los correspondientes gastos y molestias inherentes.

El diseño se establece con las siguientes grandes áreas de actividad, todas ellas dotadas de tecnología digital que permita el trabajo en red:

- Área de hospitalización polivalente
- Área de consultas externas
- Área de Urgencias
- Área quirúrgica
- Área diagnóstica
- Áreas de apoyo clínico
- Área de rehabilitación
- Áreas no asistenciales

El Centro contará con la tecnología propia de un hospital moderno, que facilite la alta resolución y el desarrollo ergonómico de la actividad de los profesionales:

- Sistema de digitalización de imágenes
- TAC
- Ecografía
- Endoscopias
- Telemedicina
- Sistemas de control y gestión del edificio centralizado
- Sistemas de comunicaciones: telecomunicaciones
- Transporte neumático
- Climatización
- Seguridad

La Cartera de Servicios estará basada en una estructura flexible y será compatible con las necesidades cambiantes de la población.

Además, la cartera de servicios incluye las especialidades de Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Farmacia Hospitalaria, Hematología y Hemoterapia y Medicina Preventiva, que serán facilitados por los facultativos de estos servicios del Hospital de referencia.

Respecto a la atención obstétrica, por regla general se realizará el seguimiento del embarazo conjuntamente con Atención Primaria, quedando excluida la atención de partos.

Los servicios se prestarán en consultas externas que incluirán las correspondientes áreas de exploraciones especiales; se prestarán asimismo en régimen de hospital de día médico y quirúrgico, siendo derivados al hospital de referencia los pacientes que requieran hospitalización convencional. Por otra parte se atenderán en primera instancia todas las urgencias especializadas del Área.

Tendrán la consideración de "procesos no incluidos en la Cartera de Servicios", todos aquellos procesos diagnósticos y terapéuticos complejos, correspondientes a especialidades no incluidas en el Centro Hospitalario de Alta Resolución y que se derivarán al hospital de referencia. Con respecto a las áreas de conocimiento de las especialidades incluidas en el centro, los procesos que requieran medios diagnósticos o terapéuticos no existentes en el mismo.

En el Área de Hospitalización Polivalente se atenderá a los pacientes que procedan de urgencias que precisen observación, pacientes de cirugía que no requieran ingreso, pacientes de consultas externas o del área de exploraciones especiales que precisen especial atención.

Además de estos casos, podrán ser ingresados pacientes quirúrgicos, que requieran cuidados mínimos de procesos de mediana complejidad y con carácter general sean de corta estancia.

En el Área de Consultas Externas se ha de facilitar las tareas de consulta en acto único y la continuidad del proceso asistencial, por lo que comprende una zona de exploraciones funcionales.

En el Área de Urgencias se atenderán las urgencias generales, así como las quirúrgicas de mediana complejidad, 24 horas hasta su estabilización. El resto de urgencias médicas y quirúrgicas que requieran hospitalización se enviarán al hospital de referencia.

13.2 Salud Responde como sistema de citación centralizada

El Proyecto "Salud Responde" supone un ambicioso modelo de gestión integral y centralizada de las relaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía con ciudadanos, profesionales e instituciones y organismos colaboradores que ha supuesto una inversión de 9.876.630 euros, cofinanciada con fondos FEDER.

Se trata de un acceso multicanal al Sistema Sanitario Público de Andalucía gestionado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y el Servicio Andaluz de Salud, disponible las 24 horas de todos los días del año que cuenta con su propia herramienta de Gestión Integral de las Relaciones con el Cliente. Todo ello se enmarca en la apuesta de la administración sanitaria andaluza por una estrategia digital en el marco del II Plan de Calidad. Para ello se han informatizado los más de 1.400 centros de salud de nuestra comunidad con un total de 9.500 estaciones de trabajo.

Entre los servicios que ofrece Salud Responde se incluye el sistema de citación centralizada que permite gestionar cita previa en Atención Primaria por vía telefónica o cualquiera de los demás medios de acceso al Sistema.

Para hacer posible este sistema ha sido fundamental el programa DIRAYA que permite a Salud responde acceder tanto a la Base de Datos de Usuarios donde se recogen las diferentes situaciones administrativas de los ciudadanos y la elección individual de médico o pediatra por parte de titulares y sus beneficiarios, como a las agendas y las citas de los profesionales de los centros sanitarios, tanto de Atención Primaria como Especializada. De este modo conseguimos que los profesionales de los centros sanitarios dispongan de la lista de pacientes citados en su propio ordenador y a partir de cada cita accedan directamente a la historia clínica correspondiente.

En agosto de 2003 se comenzó a pilotar el proyecto dando servicio a 140.385 usuarios, población adscrita a los centros de salud de Jaén capital y pueblos de su entorno.

Actualmente Salud Responde ofrece el servicio de cita previa a en el Distrito Sanitario de Jaén y en el de Huelva Costa y está previsto que antes del final del año el sistema de citación centralizada este disponible para todas las capitales de provincia andaluzas. En este tiempo se han atendido ya más de un millón de solicitudes, casi 800.000 en la provincia de Jaén (desde agosto de 2003) y el resto en la de Huelva (desde junio de 2004) siendo el tiempo medio en gestión de las citas de 49 segundos.