



**SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**



## 1. COMPETENCIAS DE LA SECCIÓN

### 1.1 Competencias de la sección

El Servicio Andaluz de Salud, creado inicialmente en 1986 como un Organismo autónomo de carácter administrativo es hoy una Agencia Administrativa de las previstas en el artículo 65 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, que se adscribe orgánicamente a la Consejería de Salud y Familias y, dentro de ella, funcionalmente, a la Viceconsejería.

A su vez, tiene adscritas funcionalmente la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente de Almería, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital Alto Guadalquivir y la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir, sin perjuicio de su dependencia de la Consejería de Salud y Familias. Asimismo, se le adscribe el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe (San Juan de Dios).

Las funciones que le están atribuidas con sujeción a las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía son las siguientes:

- \* La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- \* La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
- \* La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.
- \* Y la gestión sobre las actuaciones socio-sanitarias, de fomento y promoción de la salud rehabilitación y reinserción en materia de atención a las drogodependencias y otras adicciones, de acuerdo con el Decreto del Presidente 6/2019, de 11 de febrero, por el que se modifica el Decreto 2/2019, de 21 de enero, de la Vicepresidencia y sobre reestructuración de Consejerías y con el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

La misión del Servicio Andaluz de Salud se define por los siguientes propósitos esenciales como organización:

1.- Contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población. Los servicios sanitarios, persiguen un propósito esencial y último: la salud en todas sus facetas. La promoción, la prevención, la asistencia, la curación, la rehabilitación y, en su caso, la reintegración plena al mundo laboral y social. Toda práctica profesional, toda actuación sanitaria está y ha de estar sujeta al servicio de la salud y del bienestar de la población a cuyo servicio está nuestra organización. Es el objetivo básico de todo sistema sanitario.

Pero la salud no es algo que este unívocamente ligado a una sola condición. Son múltiples los elementos que se entrelazan y determinan la salud de una colectividad, por ello la acción sanitaria no es solo asistencial o clínica, sino que es intersectorial y trata de actuar horizontalmente con otros sectores del gobierno y de la propia sociedad.

2.- Proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población en Andalucía. Proporcionamos la mejor atención sanitaria a los pacientes y a toda la población, si ofrecemos un servicio de salud de calidad, si ayudamos a la población a entender su situación sobre su salud o sobre los riesgos, si les proporcionamos consejos, información, apoyo para que puedan conocer qué hacer para mejorar su salud, para impulsar estilos de vida saludables, para modificar prácticas de riesgo que puedan resultar perjudiciales, si promovemos una mayor responsabilidad en el cuidado de la propia salud y si contribuimos a hacer fáciles las opciones más saludables. Y también si proporcionamos la atención y los cuidados a las personas que lo necesitan. Una atención sustentada en la calidad científico-técnica, segura, efectiva y prestada de la manera más adecuada y adaptada a las necesidades de las personas que la reciben.

3.- Asegurar el valor de los recursos y la sostenibilidad. Una organización sanitaria como la nuestra no sólo produce salud o atención o cuidados frente a la enfermedad. Produce servicios, directamente asistenciales y no



asistenciales. Genera conocimientos científicos a través de la investigación, tanto básica como aplicada a la salud, e innovación. Y además contribuye a la redistribución de la riqueza y a la cohesión social.

El sector sanitario es un sector generador de riqueza y bienestar. Desde el efecto dinamizador de nuestros centros sanitarios, hasta los costes económicos indirectos y directos evitados por la sociedad por la eficacia en salud de las medidas preventivas, de promoción, de tratamientos y de nuevas técnicas. Además de proteger financieramente a los ciudadanos de los costes -elevados- de la mala salud o la enfermedad.

Asegurar el valor de los recursos significa utilizar todos ellos de la manera más eficiente y efectiva posibles. Obtener el mayor beneficio, de cada unidad de recurso. Convertir cada unidad de recurso en una unidad de valor. Y significa incorporar la dimensión de la sostenibilidad como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional. Perspectiva que vincula de forma inseparable el concepto de calidad científico-técnica, al concepto de eficiencia y de sostenibilidad.

4.- Generar y gestionar el conocimiento. Una organización como el SAS, cuyo desempeño ha de estar sustentado en todo momento en el conocimiento científico, se define en su naturaleza igualmente por cómo incorpora, en su función de servicio de salud, el factor conocimiento. Y por cómo genera, difunde, aplica e incorpora el mejor conocimiento disponible ligado a la práctica asistencial y de salud de sus profesionales. La generación de conocimiento y la aplicación del mismo, desde el punto de vista de la realidad asistencial y desde los servicios de salud, siguiendo criterios de rigor, veracidad, evidencias, eficacia y efectividad, configura de manera determinante nuestro modelo organizativo.

### **1.2 Estructura de la sección**

El Servicio Andaluz de Salud se rige en su actividad por la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, la Ley 16/2011 de 23 de diciembre de Salud Pública de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud, la estrategia de calidad sanitaria de Andalucía y por los planes integrales de salud que impulsa la Consejería de Salud y Familias como autoridad sanitaria de Andalucía. En sus competencias sobre atención a la Drogodependencias se rige por lo dispuesto en la Ley 4/1997, de 9 de julio, de prevención y asistencia en drogodependencias de Andalucía y en el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (para el periodo 2016-2021).

Además, cada año y determinado en la Ley de presupuestos anual, establece un Contrato Programa con la Consejería de Salud y Familias, en tanto que autoridad política y financiadora principal, donde se fijan los objetivos de actuación y el escenario presupuestario donde se va a desenvolver el SAS en el ejercicio en cuestión.

La Ley de Salud de Andalucía establece una clara diferencia entre las funciones propias de la Consejería de Salud y Familias, como autoridad sanitaria y las funciones de gestión y provisión de recursos, asignadas a entidades con dedicación exclusiva a la asistencia sanitaria, siendo el Servicio Andaluz de Salud el principal proveedor público de servicios sanitarios que junto a las empresas públicas y otras entidades integran el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La estructura del SAS y su distribución de funciones vienen determinadas por el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud.

Al frente del organismo se sitúan el Consejo de Administración y la Dirección Gerencia del SAS, de la que dependen directamente los órganos o centros directivos siguientes:

- a) Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- b) Dirección General de Personal.
- c) Dirección General de Gestión Económica y Servicios.



## 2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA SECCIÓN

El Servicio Andaluz de Salud, como parte fundamental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, es el instrumento de la Comunidad Autónoma de Andalucía que se integra en el Sistema Nacional de Salud español, en el objetivo de desarrollar lo previsto en el artículo 43 de la Constitución Española y, como tal, está sujeto al marco legislativo y estratégico que define al mismo. Así mismo, es el instrumento al servicio de la Junta de Andalucía que da contenido a las competencias sanitarias que se definen en el Estatuto de Autonomía para Andalucía.

Su ámbito subjetivo y objetivo de actuación vienen determinados, por tanto, por nuestra norma fundamental, así como por la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, la Ley 16/2003 de 18 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de salud y por un conjunto legislativo y regulador básico, que delimita el marco general de actuación y competencias de la Agencia.

En el marco del derecho a la protección de la salud de la ciudadanía andaluza, concretado y desarrollado en la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, el Sistema Sanitario Público de Andalucía se ha construido como un sistema que responde a concretos valores o principios, como son: la universalidad en el acceso a la asistencia sanitaria, la equidad en los niveles de salud de la población, la igualdad efectiva en las condiciones de acceso al sistema sanitario público, la consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, la calidad de la asistencia, la integración funcional de todos los recursos sanitarios públicos, la planificación, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria y de la utilización de los recursos sanitarios, la descentralización, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, la participación de ciudadanos y ciudadanas y profesionales del sistema sanitario público, la promoción de salud, tanto individual como social, y la mejora continua de la calidad de los servicios, situando al paciente, como protagonista, en el centro del Sistema.

Estos principios y valores han impregnado todo el desarrollo normativo posterior realizado por la Comunidad Autónoma en la materia, impulsando derechos ciudadanos de nueva generación tales como la libre elección de médico y de centro sanitario por parte de pacientes y usuarios, el establecimiento de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos, el disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, la posibilidad de poder expresar la voluntad vital de forma anticipada, el reconocimiento de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte, la mejora de la salud comunitaria a través de políticas de protección y promoción de la salud, etc.

Este desarrollo normativo ha sido posible también gracias a los elementos básicos del marco estratégico que define las políticas de salud y familias:

- \* El IV Plan Andaluz de Salud.
- \* El III Plan Andaluz de Drogas y Adicciones.
- \* La estrategia de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- \* Los planes integrales y estrategias horizontales de actuación de la Consejería de Salud y Familias.
- \* Los compromisos adquiridos y las líneas generales de actuación expresadas por la persona titular de la Consejería competente en materia de Salud, en sede parlamentaria al comienzo de su andadura en la legislatura y en cada ejercicio presupuestario.

Con respecto a las directrices para la gestión del SSPA hay que destacar el Contrato Programa vigente de la Consejería de Salud y Familias con el Servicio Andaluz de Salud para el periodo 2018-2019, como instrumento estratégico de máximo nivel. Su misión es hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria y en el ámbito de responsabilidad de este organismo, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía.

Para el año 2018-2019 se ha concebido el Contrato Programa como un Acuerdo de Gestión y Resultados, que sitúa el énfasis organizativo en términos de entender la organización sanitaria y el planteamiento y consecución



de objetivos desde la perspectiva central de los resultados esperados, tanto desde el punto de vista de salud individual y colectiva de la población, como en términos de gestión de los servicios

El Contrato Programa no representa sólo el compromiso del Servicio Andaluz de Salud para alcanzar las metas fijadas en los tiempos establecidos, sino también la implicación de la totalidad de sus profesionales con la mejora de la salud, el bienestar y el desarrollo individual y colectivo de la ciudadanía andaluza, así como la implicación con los valores que inspiran el modelo de atención sanitaria pública de Andalucía, como son entre otros: la universalidad, la equidad, la solidaridad y la transparencia.

En este marco, se han definido los Objetivos estratégicos del SAS para el ejercicio 2019, orientando la gestión hacia la consecución de resultados, con la participación y corresponsabilidad en la gestión de los profesionales.

Además, el Servicio Andaluz de Salud establece, como objetivo estratégico transversal, "Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población".

Este objetivo, compromete al Servicio Andaluz de Salud a desarrollar planes específicos de actuación para las personas que viven en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), para la población inmigrante con necesidades especiales, para las personas que realizan prácticas de riesgo y para todas aquellas personas en situación o riesgo de exclusión social o especial vulnerabilidad.

En su compromiso por promocionar la igualdad de género, tal y como establece la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía en sus artículos 41 y 42, es objetivo del SAS seguir desarrollando una labor destacada para integrar el enfoque de género en su planificación sectorial a través del Plan Andaluz de Salud de la Consejería de Salud y Familias, la Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los Planes Integrales y la Guía para la integración del enfoque de género en los procesos de formación del SSPA. Además, a partir de la Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, la perspectiva de género ha pasado a ocupar un lugar destacado como uno de los ejes de la asistencia sanitaria.

De acuerdo con lo anterior, el SAS ha diseñado el Sistema Integral de Gestión para incorporar la Igualdad de Género al Sistema Sanitario Público Andaluz (SIIGE SSPA), que se extenderá en su fase de despliegue a todas las actividades que se desarrollan en los centros sanitarios, integrando en su gestión y en su organización las actuaciones y responsabilidades asociadas a la igualdad de oportunidades y al trato entre hombres y mujeres.

Junto a ello, el SAS ha aprobado este año el Plan estratégico de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (PIOHM), en aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres y en la ley 12/2007, de 26 de noviembre, de promoción de la igualdad de género en Andalucía. Con este, el SAS se suma al conjunto de instituciones sanitarias del SSPA que han impulsado en el seno de sus organizaciones el valor de la igualdad como una de sus claves en política profesional.

El SAS asume entre sus valores que la atención que presta a la ciudadanía debe contribuir a consolidar la igualdad entre mujeres u hombres, y que su relación con la sociedad debe caracterizarse con los atributos de una organización socialmente responsable. Sin duda su actuación puede contribuir a consolidar una sociedad más igualitaria, y lograr este efecto respecto de sus profesionales debe ser una ocupación prioritaria.

El objetivo general de este plan es lograr la igualdad de oportunidades y trato entre hombres y mujeres en el SAS e implantar una cultura de la organización comprometida con la igualdad.

Finalmente hay que resaltar el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, el cual contiene las directrices de actuación en este ámbito para el periodo 2016-2021. En el mismo se plantean unos objetivos generales por área de actuación:

Área de Prevención:

\* Evitar el consumo y/o retrasar la edad de inicio al consumo de las diversas sustancias psicoactivas así como



de otras actividades susceptibles de convertirse en adicciones.

- \* Evitar la instauración de conductas adictivas, la dependencia a sustancias psicoactivas y de consumos de riesgo y abusivos para reducir la mortalidad y morbilidad asociadas.
- \* Incorporar la cultura de la calidad y de la evaluación con la definición de un modelo de intervención que integre la perspectiva de género en los distintos ámbitos de la prevención, que revierta en una mayor eficacia de las actuaciones y en una mayor equidad de género.

### Área de Atención Socio-Sanitaria:

- \* Mejorar la accesibilidad a la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, adaptándola a las características de la población con problemas de drogodependencias y otras adicciones, garantizando la equidad en la provisión de los servicios.
- \* Garantizar la prestación de un catálogo de Servicios para las personas con problemas de drogodependencias y/o adicciones sin sustancia, estructurando y potenciando los espacios de cooperación y coordinación con otras instituciones implicadas en el ámbito de la atención a las personas en tratamiento.
- \* Impulsar la utilización de sistemas y herramientas de evaluación de la calidad en la gestión de los diferentes programas y recursos asistenciales de la Red de Atención a las Drogodependencias y Adicciones, que revierta en la mayor participación y satisfacción de las personas usuarias y de los y las profesionales.

### Área de Incorporación Social:

- \* Favorecer la incorporación social y laboral de las personas con problemas de drogodependencias y adicciones, mejorando la accesibilidad a los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las drogodependencias y Adicciones en Andalucía desde un análisis de género, y prestando especial atención a las personas más vulnerables, excluidas y o en riesgo de exclusión social.
- \* Impulsar la coordinación entre los diversos recursos de drogodependencias y adicciones, y de éstos con otras instituciones y agentes sociales, favoreciendo la accesibilidad a los recursos normalizados/ externos a la Red para la Atención a las Drogodependencias y adicciones y la participación de la sociedad en los procesos de incorporación social y de reducción de las desigualdades sociales y de género.
- \* Promover una cultura de calidad y modernización en los recursos y programas de incorporación socio-laboral de la Red para las Drogodependencias y Adicciones en Andalucía, desde una perspectiva de género, que permita un mayor conocimiento de la realidad de estas personas y revierta en la mayor satisfacción de las personas usuarias.

### Área de Gestión del Conocimiento:

- \* Impulsar la promoción y gestión del conocimiento en materia de drogas y adicciones, a través del desarrollo de sistemas de información para las diversas Áreas del III Plan y del fomento de la actividad investigadora en Andalucía.
- \* Diseñar un modelo de formación que aporte homogeneidad a la oferta formativa de los y las profesionales del III PASDA y, aborde los nuevos retos emergentes en el ámbito de las drogas y adicciones, contando con el apoyo de las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación.
- \* Implementar un modelo de seguimiento y evaluación, desde la perspectiva de gestión de la calidad, de las estrategias enmarcadas en las diversas Áreas del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Entre los retos de este III Plan están los patrones de consumo de los últimos años, vinculados principalmente al ámbito recreativo, que implican riesgos nuevos, como el policonsumo, así como las tecnologías de la información que han contribuido a ampliar el abanico de las conductas adictivas, afectando además a franjas de edad muy jóvenes.

La perspectiva de género de manera transversal en todas las Áreas y ámbitos de actuación es otra actualización que introduce el III PASDA, asumiendo así el compromiso de la Junta de Andalucía de avanzar hacia la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Además, seguiremos avanzando en la reducción de las desigualdades sociales para ofrecer una atención



específica a las personas que se encuentran en situación de mayor riesgo de exclusión social. En este sentido, la equidad y la accesibilidad a los recursos son dos principios que liderarán la distribución y planificación de los dispositivos del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

Marco de planificación presupuestaria.

Desde el punto de vista de la planificación presupuestaria, la estructura orgánica del Servicio Andaluz de Salud está compuesta por:

- \* Los órganos de la estructura de central de apoyo, de carácter técnico y administrativo, con un modelo de organización y dirección co-participativa con los órganos gestores.
- \* Destacan las centrales de compra regional y provinciales, que son los centros responsables de la gestión de todos los gastos de los centros asistenciales de la provincia, salvo los correspondientes a gastos de personal (Capítulo I).
- \* Los centros asistenciales con gestión desconcentrada, que a continuación relacionamos, y que tienen las competencias en la gestión asistencial y coordinación de las diferentes unidades clínicas y en la gestión del gasto de personal (Capítulo I).

Los centros asistenciales, a su vez se configuran en red, y están organizados en los siguientes tipos:

Distritos de atención primaria (conformados cada uno de ellos por una red territorial de zonas básicas de salud, con sus centros de salud y consultorios, donde desempeñan la labor los profesionales organizados bajo la figura de las unidades de gestión clínica).

Los servicios de atención primaria de salud, se organizan de acuerdo al Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. Están organizados en distritos de atención primaria que integran demarcaciones territoriales denominadas zonas básicas de salud. En cada zona básica de salud se ubican los centros de atención primaria, en los que se presta la asistencia sanitaria de atención primaria a la ciudadanía. En las áreas de gestión sanitaria la organización de la atención primaria está definida en la norma de creación del Área, sin menoscabo de que las zonas básicas de salud y los centros de atención primaria se organicen de acuerdo al Decreto 197/2007, de 3 de julio.

Los distritos de atención primaria, constituyen las estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en el ámbito de la atención primaria, con funciones de organización de las actividades de asistencia sanitaria, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidados para la recuperación de la salud, gestión de los riesgos ambientales y alimentarios para la salud, así como la formación, la docencia e investigación.

Existen 33 distritos de atención primaria; 1.517 centros sanitarios de atención primaria (centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares), de manera que todos los andaluces cuentan con uno de ellos a pocos minutos de su domicilio en transporte estándar.

A efectos de centros de gasto de gestión desconcentrada hay que contar con 11 Centros de Gasto para Distritos de Atención Primaria (que gestionan 17 Distritos mediante diferentes agrupaciones para la gestión), ya que 16 se encuentran integrados en Áreas de Gestión sanitaria (el Área Norte de Cádiz gestiona dos distritos de atención primaria de manera integrada con el Hospital de Jerez).

Hospitales. La atención hospitalaria, como segundo nivel de atención definido en la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no pueden resolverse en el nivel de atención primaria.

Los hospitales y sus correspondientes centros de especialidades constituyen la estructura sanitaria responsable de la atención especializada programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia



curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria.

El Servicio Andaluz de Salud gestiona, de manera directa e indirecta 49 entre hospitales y complejos hospitalarios y HARE's, distribuidos por toda la geografía andaluza, si bien 31 son centros propios del SAS y por tanto con gestión directa, 17 son Hospitales bajo la gestión de las Agencias públicas empresariales que tiene funcionalmente adscritas y uno se gestiona bajo la forma de un Consorcio, compartido con la Orden hospitalaria San Juan de Dios.

A efectos de centros de gasto del SAS desconcentrado hay que contar con 15 centros de gasto de gestión hospitalaria (el Hospital Virgen de la Victoria integra la gestión del nuevo HARE del Valle del Guadalhorce), ya que 15 forman parte de las llamadas Áreas de Gestión Sanitaria.

Áreas de gestión sanitaria (conformadas mediante integración de centros hospitalarios y distritos de atención primaria).

Existen 15 áreas de gestión sanitaria, modelo de organización de gestión unitaria de los niveles de atención primaria y hospitalaria, en una demarcación territorial específica. Estas Áreas de Gestión Sanitaria, como centros de gasto desconcentrados, integran la gestión de 16 hospitales y 16 Distritos de Atención Primaria.

Los centros de transfusión sanguínea, integrados en red en el llamado Biobanco de Andalucía (uno en cada provincia de Andalucía), configuran una red específica con el fin de asegurar la disponibilidad de componentes sanguíneos y la correcta preservación de tejidos. Cada uno de ellos constituye un centro desconcentrado de gestión del gasto.

Por último, la Red Pública para la Atención a las Drogodependencias y Adicciones de Andalucía la integran: Centros de Tratamiento Ambulatorios, Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento, Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Viviendas de Apoyo a Enfermos de SIDA, Unidades de Desintoxicación Hospitalaria y Centros de día.

### **3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA SECCIÓN**

#### **OE.1 Situar la Atención Primaria de Salud como el eje vertebrador del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

La Estrategia para la renovación de la Atención Primaria en Andalucía busca fortalecer este nivel asistencial para convertirlo en el verdadero eje vertebrador de la asistencia sanitaria y agente de salud del paciente, tomando en consideración su contexto familiar, comunitario y social.

#### **OE.2 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida**

Aunque el propósito último de nuestro sistema sanitario público es contribuir sustancialmente a mejorar la salud, entendida de forma global en todas sus facetas, los servicios sanitarios persiguen además la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, para conseguir, en la medida de lo posible, la reintegración plena al mundo laboral y social.

Durante los últimos años ha aumentado el envejecimiento de la población, lo que conlleva un aumento de las enfermedades crónicas, y entre ellas, la incidencia del cáncer; sin embargo, ha descendido la mortalidad, aumentando con ello la esperanza de vida.

#### **OE.3 Proteger y garantizar los derechos de salud, con especial atención a la población más vulnerable**



El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado "envejecimiento del envejecimiento" o aumento porcentual del grupo de más de 80 años, un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres.

Este envejecimiento no es homogéneo. Los índices de envejecimiento más elevados se hallan en municipios de las provincias de Jaén y Córdoba, en el norte y este de Andalucía, coincidiendo con las zonas de mayor índice de ruralidad.

Asimismo, los programas de prevención como el Programa de Vacunaciones en Andalucía, que cada vez amplía más el número de patologías prevenibles, incluye en la actualidad la vacunación sistemática frente a un total de 12 enfermedades. El carácter dinámico del Plan de vacunaciones, sujeto a las evidencias clínicas del desarrollo, distribución y carga de enfermedad, hace que se produzcan cambios tanto en las edades de administración como en la inclusión de nuevas indicaciones de vacunación. En este sentido, además del adelanto de las edades de vacunación, se han incluido nuevas indicaciones, como la vacunación frente al Neumococo. Además, se observa la reemergencia de alguna de estas enfermedades, incluidas en planes de control de Europa, como ha ocurrido con el sarampión desde 1997.

### **OE.4 Adaptar funcionalmente las estructuras asistenciales para contribuir a la sostenibilidad social del sistema sanitario**

El avance de las nuevas tecnologías nos permite, entre otras cosas, mejorar la continuidad asistencial y la resolución de las necesidades en salud de la población lo más cerca posible de su domicilio, evitando ingresos innecesarios y desplazamientos para pruebas diagnósticas.

La personalización de la asistencia persigue que el equipo básico de atención primaria ejerza realmente de agente de salud de la población, teniendo cada ciudadano identificado a los profesionales de referencia y la posibilidad de pactar con ellos planes de acción personalizados.

### **OE.5 Avanzar en la calidad asistencial con la finalidad última de la mejora de los resultados en salud**

La obtención de unos mejores resultados en salud no solo se basa en una mejor calidad científico técnica en la asistencia a los ciudadanos, sino que en gran parte depende de la complicidad entre el ciudadano y los profesionales en el campo de la promoción de la salud: hábitos de vida saludable, activos en salud, etc., siempre contando con la participación activa de la ciudadanía.

### **OE.6 Contribuir a la sostenibilidad económica y ambiental del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

Es importante contribuir a la sostenibilidad económica y ambiental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, transformando el modelo organizativo del SSPA, a través del apoyo y la asistencia jurídico-administrativa y técnica al resto de centros directivos, la gestión directa en relación a las funciones de coordinación, planificación y control de la gestión presupuestaria, la gestión de la contratación administrativa y organización interior, así como la ordenación y gestión de los recursos humanos, materiales y servicios auxiliares; y todo ello, integrando la perspectiva de género con carácter transversal en el conjunto de los programas presupuestarios.

Además, es fundamental la planificación, control y seguimiento de los acuerdos de gestión y resultados que la Dirección Gerencia negocia y firma con cada uno de los órganos gestores que prestan la asistencia sanitaria, en los que se fijan los objetivos de actividad y calidad asistencial, en función de los cuales se distribuyen los recursos presupuestarios.

### **OE.7 Impulsar el conocimiento, la investigación y la innovación en salud**

Favorecer la implantación del conocimiento generado en los distintos proyectos de investigación en desarrollo, constituye una de las prioridades del SSPA para seguir avanzando en la consecución de mejores resultados en



salud.

**OE.8 Favorecer la estabilidad y la recuperación de los derechos de los profesionales**

Es importante seguir avanzando en la recuperación de derechos, adecuación de las plantillas a las necesidades asistenciales, en el fomento de la estabilidad en el empleo y en la activación de la carrera profesional.

**OE.9 Abordar de manera integral el fenómeno de las adicciones en Andalucía teniendo en cuenta la socialización diferencial de mujeres**

Con el cumplimiento de este objetivo se pretende evitar el consumo u otra conducta adictiva y el paso del consumo ocasional a la dependencia, así como promover la normalización e integración de las personas afectadas por cualquier tipo de adicciones mediante un modelo de atención interdisciplinar, que contempla actuaciones preventivas, asistenciales y de incorporación social a través de la red normalizada de recursos.

**OE.10 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

Se persigue reorientar la atención sanitaria y los recursos del SSPA hacia los problemas de salud donde hay evidencia de la existencia de desigualdades sociales y de género.

## **4. ESTRUCTURA ECONÓMICA DEL GASTO**

### **4.1 Breve explicación de la estructura del gasto**

La actual estructura de los programas presupuestarios del Servicio Andaluz de Salud obedece a la necesidad de consolidar y afianzar los logros alcanzados, especialmente en los últimos años de crisis económica, de tal forma que la sostenibilidad y la perdurabilidad futura del sistema sanitario público andaluz precisa de políticas comprometidas que permitan fortalecer los instrumentos para asegurar a los ciudadanos las prestaciones y servicios del mismo, facilitando su adaptación a la aparición de nuevos avances tecnológicos y terapéuticos y fortaleciendo el carácter público de las políticas de salud, como garantía de los valores del propio sistema, así como las condiciones de equidad en el acceso para toda la población.

La elaboración del Presupuesto 2019 se realiza en un contexto macroeconómico de crecimiento económico, y considerando que entre las prioridades que atenderán las cuentas públicas se encuentra la de consolidar los avances en los servicios sanitarios apostando por la universalidad, la calidad, la investigación de vanguardia y la innovación permanente en la gestión, todo ello bajo la hipótesis de racionalización del gasto, que permita la sostenibilidad del sistema sanitario, teniendo en cuenta el elevado impacto que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente, tiene sobre la economía de la Comunidad Autónoma, traducido en generación de empleo y riqueza y, especialmente, sobre la salud de las personas y también sobre la propia economía de las familias andaluzas.

En el actual contexto normativo, hay que seguir destacando la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera, el Plan Económico de Andalucía 2014-2020, la Política Europea de Cohesión del periodo 2014-2020, el actual Contrato Programa de la Consejería de Salud y Familias con el Servicio Andaluz de Salud, y las modificaciones normativas en sanidad, con especial mención al proyecto de Ley de Garantía y sostenibilidad del SSPA.

Todo lo anterior nos lleva a presentar desde la responsabilidad un Presupuesto que, bajo el prisma del cumplimiento de los objetivos de déficit establecidos a nivel estatal y a nivel autonómico, de acuerdo con el Programa de Estabilidad para el periodo 2018-2020, permita mantener los estándares de calidad alcanzados en la prestación de los Servicios Sanitarios Públicos en Andalucía, definiendo con claridad los criterios de planificación, organizativos y financieros básicos para asegurar que la población tenga garantizada la protección de la salud y la atención sanitaria.

Por otro lado, el Plan Económico de Andalucía 2014-2020 reconoce la necesidad de propiciar una salida rápida de la crisis abordando estrategias de desarrollo económico y social desde nuevas bases más sólidas que



propicien cambios en el modelo productivo, lo que supone intensificar una serie de vectores principales de nuestra economía: la innovación y la economía del conocimiento, la internacionalización, el uso racional y eficiente de los recursos naturales, en especial los energéticos, y la modernización del sector público en la doble vertiente de prestación eficiente de los servicios públicos y de favorecedor de la actividad productiva.

En esta línea, la propuesta presupuestaria presentada se sigue enmarcando dentro de las líneas generales de racionalización del gasto y de la mejora de la eficiencia en el conjunto de las prestaciones y servicios sanitarios, así como en el incremento de la eficiencia y productividad de nuestros factores productivos (económicos, territoriales ambientales, sociales e institucionales), en consonancia con las prioridades del Plan Económico de Andalucía 2014-2020 y la Política Europea de Cohesión en el marco de la Estrategia Europea de 2020.

En este sentido, la estructura de gasto presenta una composición similar a la del ejercicio anterior, con un 98,93% del mismo dedicado al gasto en operaciones corrientes y un 1,07% para operaciones de capital. Existe un ligero aumento del peso de las operaciones de capital justificado por la necesidad de recuperar el esfuerzo inversor en infraestructuras sanitarias, tras años de ajustes en estas partidas por la situación de crisis, en la que primaba el mantenimiento de los gastos corrientes de los centros del SAS.

A pesar de este ligero incremento del peso de las operaciones de capital, hay que señalar que el peso del gasto corriente se sigue situando por encima del 98% del presupuesto y que los gastos de personal son la principal partida del presupuesto del SAS, con un peso del 47,83%, recogiendo el esfuerzo realizado por esta Agencia para la recuperación y consolidación de los derechos de los trabajadores del SAS y también para dar cumplimiento a las subidas salariales firmadas a nivel nacional entre el Ministerio de Hacienda y las principales organizaciones sindicales.

Es de destacar el peso del gasto farmacéutico a través de recetas, que se sitúa en el 20,04% del total, y que junto con el gasto en farmacia hospitalaria, que se sitúa en el 10,52%, supone destinar a gasto en farmacia hospitalaria y recetas un 30,56% del presupuesto total.

Finalmente, se integra en la estructura del gasto del SAS el programa sobre Plan de Adicciones (31B), que abarca la planificación, coordinación y desarrollo de las políticas activas en materia de prevención, asistencia e incorporación social de las personas en situación de drogodependencias y adicciones.

Capítulos	2019	%
1 GASTOS DE PERSONAL	4.658.319.746	47,8
2 GTOS.CORRIENTES BIENES Y SERV.	2.866.140.000	29,4
3 GASTOS FINANCIEROS	18.000.000	0,2
4 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.092.888.053	21,5
5 FONDO DE CONTINGENCIA		
<b>Operaciones Corrientes</b>	<b>9.635.347.799</b>	<b>98,9</b>
6 INVERSIONES REALES	100.151.488	1,0
7 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	3.589.574	0,1
<b>Operaciones de Capital</b>	<b>103.741.062</b>	<b>1,1</b>
<b>OPERACIONES NO FINANCIERAS</b>	<b>9.739.088.861</b>	<b>100,0</b>
8 ACTIVOS FINANCIEROS		
9 PASIVOS FINANCIEROS		
<b>OPERACIONES FINANCIERAS</b>		
<b>TOTAL</b>	<b>9.739.088.861</b>	<b>100,0</b>

#### 4.2 Resumen de las partidas cuantitativamente más importantes



De acuerdo con la clasificación económica del presupuesto, los aspectos más destacables por capítulo económico son los siguientes:

### Capítulo I

La propuesta 2019 en Capítulo 1 se ha realizado bajo la premisa de mantener la estructura del gasto en personal de 2018, pero con dos grandes bloques de ajustes:

a) Cumplimiento de la normativa y compromisos del Ejecutivo andaluz: Por un lado, los compromisos derivados de los acuerdos, tanto del II Acuerdo para la Mejora del Empleo Público y de condiciones de trabajo como del Acuerdo de la Mesa General de Negociación Común del Personal Funcionario, Estatutario y Laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, de 2 de junio de 2016 (Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de junio de 2016), y por otro lado, los compromisos adquiridos por el Gobierno en materias relacionadas, como la recuperación de la carrera profesional.

En este sentido las principales modificaciones son:

- \* Aumento del 2,25% incluido en el II Acuerdo para la Mejora del Empleo Público y de condiciones de trabajo, firmado por el Ministro de Hacienda y Función Pública y las organizaciones sindicales en Madrid el 9 de marzo de 2018, y aprobado por Real Decreto-ley 24/2018, de 21 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes en materia de retribuciones en el ámbito del sector público.
- \* Incremento plazas MIR: este año se han incorporado 1.224 nuevos MIR, lo que supone un incremento de 99 plazas sobre los R2 que este año cambian de curso. A ello se suman 127 nuevas plazas, haciendo un total de 1.351 plazas ofertadas para el curso 2018-19.
- \* 5% variables: Tal y como se recoge en el Acuerdo de la Mesa General de Negociación Común del Personal Funcionario, Estatutario y Laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, de 2 de junio de 2016 (Acuerdo del Consejo de Gobierno de 21 de junio de 2016).

b) Consolidación Servicios Nuevos: La consolidación de los servicios puestos en marcha en 2018 proyectados para 2019 y que desplazan parte de su gasto a ese ejercicio. Se corresponden en su parte principal con la segunda fase de la implantación de la Estrategia para la renovación de la Atención Primaria, la articulación en todo el territorio del Plan Andaluz de Atención al IAM y del Plan Andaluz de Atención al Ictus, así como el cribado de cáncer de Colon rectal, los recursos asociados a los nuevos equipamientos de Radioterapia, la unidad de Reproducción Humana asistida en Valme y los Cuidados paliativos Pediátricos.

c) Plan de choque para la eliminación de las listas de espera.

### Capítulo II

La propuesta 2019 en capítulo II está elaborada a partir de las necesidades reales previstas por los distintos centros de gastos del Servicio Andaluz de Salud, y tras la valoración de los impactos económicos de las medidas de racionalización del gasto planteadas con vistas a dar cumplimiento a los objetivos operativos de cada uno de los programas presupuestarios del SAS. Está fundamentada en una estrategia de sostenibilidad que hace que se plantee un crecimiento basado en las siguientes áreas:

- \* Mantenimiento y reparación de infraestructuras y equipamientos, por el envejecimiento de las mismas.
- \* Incremento del gasto en farmacia hospitalaria, con la aparición de nuevos fármacos, especialmente en las áreas de oncología y hematología, y el tratamiento de las denominadas enfermedades raras. Aumento en el gasto en vacunas para la meningitis.
- \* Incremento sostenido del gasto en productos sanitarios e implantes para acometer la bajada de las listas de espera, a través del plan de choque.
- \* Incremento del gasto en los servicios externos, también afectados por la recuperación de los derechos retributivos de los trabajadores de dichas empresas y por la apertura de nuevos centros que amplían el ámbito objetivo de estos servicios.
- \* El mayor suministro de radiofármacos como consecuencia del incremento de actividad y puesta en



funcionamiento de nuevos PET; lo que por otra parte va a redundar en ahorros en conciertos como consecuencia de la internalización de la actividad.

- \* La implantación del nuevo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (III PISMA).
- \* El aumento de la cobertura de la cartera de servicios con medios propios
- \* La implantación del Plan de Renovación de Radioterapia, del que de la mano de la FAO se van a renovar equipos de Aceleradores Lineales que requieren para su instalación de adaptaciones de espacios.
- \* La implantación de nuevas técnicas en la atención a la diabetes.
- \* Plan de choque para la eliminación de las listas de espera con especial incidencia en el gasto en conciertos como complemento al aumento de la actividad propia para la consecución de dicho objetivo.

#### Capítulo III.

La cantidad presupuestada para el ejercicio 2019, igual a la del 2018 se destinará a dar cobertura al gasto derivado de las sentencias firmes que están pendientes de ejecutar, y con la misma se pretende continuar con el proceso de normalizar y estar al corriente en el cumplimiento de las sentencias firmes, para las que hay un plazo de tres meses desde su notificación.

La mejora en los tiempos medios de pago en los últimos años está consiguiendo que las demandas por retraso en el pago a proveedores se está reduciendo a casos aislados.

#### Capítulo IV.

La propuesta 2019 en capítulo IV está elaborada a partir de las necesidades reales previstas por los distintos centros de gastos del Servicio Andaluz de Salud, tiene en cuenta el crecimiento que se está produciendo de manera generalizada en todas las CCAA, especialmente en el gasto en recetas y tras la valoración de los impactos económicos de las medidas de racionalización del gasto planteadas con vistas a dar cumplimiento a los objetivos operativos de cada uno de los programas presupuestarios del SAS .

En este capítulo el gasto en farmacia es el que tiene el mayor peso y su comportamiento, de crecimiento generalizado en todas las CCAA, incide de manera muy significativa en el total de la rúbrica. En este ámbito cabe resaltar el impacto positivo derivado de la aplicación del Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de Prestación Farmacéutica en los centros socio-sanitarios residenciales de Andalucía, así como de la implantación de una modificación en el módulo de prescripción de Receta XXI que incorpora ayudas a los prescriptores para facilitar la mejora en el índice sintético de calidad de la prescripción.

Por su parte, a fin de promover el uso de las alternativas terapéuticas más eficientes, conforme a criterios de evidencia científica, en los contratos programas con los centros de atención primaria y hospitalaria se ha incluido un objetivo que evalúa el uso de estas alternativas, a través de un índice sintético de calidad (ISC) que aglutina los medicamentos de las áreas terapéuticas de mayor consumo.

Finalmente, respondiendo a perspectivas de innovación, modernización y calidad, con una gestión racional, socialmente responsable y eficiente, en este Capítulo se recogen también los recursos disponibles del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe, en el marco de una estrategia imprescindible de sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz.

#### Capítulos VI y VII

El importe de los créditos propuestos para 2019 tiene por finalidad dar cobertura presupuestaria a:

- \* Una serie de compromisos adquiridos de equipamientos estratégicos que provienen de ejercicios anteriores y que no han podido ser ejecutados hasta la fecha.
- \* Equipamientos y obras asociadas al Plan de Reforma de la Atención primaria.
- \* Actuaciones de reforma o mejora que es necesario acometer en la red de hospitales del SSPA. Diversas causas motivan la necesidad de poner en marcha estas actuaciones, como son: la adaptación de los espacios a los requerimientos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, la renovación de las instalaciones básicas



- de los centros y adaptaciones de las diversas áreas funcionales y de hospitalización.
- \* Necesidades en equipamientos críticos, que obedece a la necesidad de cubrir las demandas de reposición paulatina del equipamiento ya obsoleto en centros existentes, así como la dotación de nuevos centros actualmente en construcción o pendientes de apertura, con el objetivo de seguir garantizando la calidad en la prestación de la asistencia sanitaria.
- \* El equipamiento de alta tecnología destinado al Plan de Oncología Integral de Andalucía.
- \* La terminación de una serie de actuaciones, ya iniciadas, recogidas en diversos convenios con Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales.

## 5. PRINCIPALES NOVEDADES RESPECTO AL PRESUPUESTO VIGENTE

Como se ha venido comentando, la elaboración del Presupuesto 2019 se realiza en un contexto macroeconómico de recuperación económica y de consolidación de los avances en los servicios sanitarios apostando por la universalidad, la calidad, la investigación de vanguardia y la innovación permanente en la gestión, en el que se seguirá profundizando en líneas ya emprendidas en años anteriores, con vistas a consolidar un profundo cambio estructural que conduzca a una organización sanitaria de nuevo y renovado perfil.

Además, en este contexto resulta prioritaria la promoción y la prevención de la salud, el control y gestión de posibles amenazas para el conjunto de la sociedad andaluza, así como la continua armonización y coordinación de la política sanitaria en Andalucía con los ordenamientos jurídicos Estatal y Comunitario.

En este sentido, son varios los hechos acaecidos a los que se pretende dar respuesta con los créditos presupuestados para 2019, entre los que cabe destacar:

- \* Continuar con la recuperación progresiva de los derechos suspendidos por la Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico-financiero de la Junta de Andalucía; según lo recogido en el Acuerdo de 21 de junio de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el Acuerdo de la Mesa General de Negociación Común del Personal Funcionario, Estatutario y Laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, de 2 de junio de 2016, y en concreto en los apartados 3 y 4, (variables, carrera profesional, etc.).
- \* Plan de choque para la eliminación de las listas de espera.
- \* El mayor suministro de radiofármacos como consecuencia del incremento de actividad y puesta en funcionamiento de nuevos PET.
- \* La implantación del Nuevo Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (III PISMA).
- \* La revisión de los contratos de servicios con la aplicación de las cláusulas sociales y la apertura de nuevos centros.
- \* La aparición de nuevos fármacos de alto coste tanto en las áreas de oncología y hematología como para el tratamiento de las llamadas enfermedades raras.
- \* La necesidad de acometer actuaciones prioritarias y críticas en materia de inversiones, con especial incidencia en la renovación tecnológica e infraestructuras.
- \* Continuar con el desarrollo e instalación del equipamiento de alta tecnología destinado al Plan de Oncología Integral de Andalucía.

Por su parte, y con respecto a las nuevas medidas previstas para dar cumplimiento a los objetivos de déficit establecidos a nivel estatal y a nivel autonómico, de acuerdo con el Programa de Estabilidad para el periodo 2018-2020, cabe mencionar la nueva regulación sobre precios de referencia para el Sistema Nacional de Salud, que elaborará el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, así como los impactos positivos derivados del Decreto por el que se regula la prestación farmacéutica en los centros residenciales de Andalucía, con camas en régimen de asistidos, y de la implantación del programa de ayuda a la prescripción en Receta XXI.

Finalmente, en el área de Adicciones, programa 31B, el III Plan andaluz sobre drogas y adicciones 2016-2021, aprobado por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 19 de abril de 2016 (BOJA nº79, de 27 de abril), se constituye como el documento director de las políticas de adicciones en nuestra Comunidad Autónoma, estableciendo tres grandes áreas de actuación: prevención, Atención socio-sanitaria e incorporación social.



Atendiendo a las áreas de actuación expuestas, como principales novedades para el 2019 se plantean las siguientes:

- \* En materia de prevención de las drogodependencias, se diseñara una guía para la implementación en el ámbito comunitario de un modelo de intervención para la prevención de conductas de riesgo, como resultado del trabajo realizado a través de la Comunidad de prácticas constituida por personal técnico de prevención de las ocho provincias andaluzas. De otra parte, se implementará un modelo práctico de abordaje del consumo de sustancias adictivas en población adolescente residente en centros de protección de menores.
- \* En materia asistencial, como continuación a las tareas iniciadas en 2018 con la creación de los Grupos de Trabajo para revisión de los Programas de Intervención de los diferentes recursos asistenciales, en 2019 se continuará con dicha revisión y posteriormente se procederá a su difusión y distribución entre recursos y profesionales implicados. De este modo se dispondrá de una Cartera de Servicios actualizada y adaptada a los perfiles y patrones de consumo actual. En esta misma línea se avanzará en el diseño del Protocolo de actuación conjunta con Atención Primaria de Salud, instrumento de coordinación entre la red de adicciones y la de Atención Primaria, para mejorar las prestaciones de ambas.
- \* Por parte se pondrá en marcha el Plan de Formación, contemplando las diferentes metodologías para dotar de competencias y habilidades profesionales para mejorar la integración de la perspectiva de género y alcanzar al mayor número de profesionales. El Programa de formación para el empleo en Adicciones (PROFEAD) se desarrollará con el objetivo de ofertar desde entidades públicas y privadas, itinerarios formativos a personas con adicciones carentes de capacidades para acceder posteriormente al mercado de trabajo, mediante subvenciones anuales.

## 6. COMENTARIOS A LA ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL GASTO

Desde el punto de vista de la estructura funcional del presupuesto, el SAS tiene previsto alcanzar sus objetivos operativos a partir de la ejecución de los siguientes programas presupuestarios:

Programa	2019	%
120 D.S.G. SALUD Y FAMILIAS	21.680.527	0,3
31B PLAN SOBRE ADICCIONES	30.161.099	0,3
31P SERVICIO DE APOYO A FAMILIAS	25.770.444	0,3
41B FORMACIÓN SANITARIA, CONTINUA Y POSTGRADO	196.877.776	2,0
41C ATENCIÓN SANITARIA	7.395.833.941	75,9
41E HEMOTERAPIA	53.216.830	0,5
41F TRASPLANTE DE ÓRGANOS	8.294.530	0,1
41G PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS Y FARMACÉUTICAS	2.007.253.714	20,6
<b>TOTAL</b>	<b>9.739.088.861</b>	<b>100,0</b>

### PROGRAMA 120- D.S.G. SALUD Y FAMILIAS

#### 6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública

El Servicio Andaluz de Salud constituye por su estructura, dimensión, distribución territorial y volumen de actividad asistencial, el principal ente instrumental para la provisión de servicios de salud a la ciudadanía de Andalucía. El Servicio Andaluz de Salud, asimismo, tiene la responsabilidad, bajo la supervisión y control de la Consejería, de la gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación; la administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional; y la gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.



La dirección y los servicios generales del SAS se siguen enmarcando, como el conjunto de la organización, en un contexto de ligera moderación del crecimiento, lo que obliga a continuar planificando y priorizando, desde la dirección-gerencia, el mantenimiento de una asistencia sanitaria de calidad y de la cartera de servicios.

En el entorno macroeconómico actual, el Presupuesto del Servicio Andaluz de Salud se orienta a afianzar un crecimiento sostenible y equitativo en el que los beneficios de la recuperación sean percibidos por toda la sociedad. Para ello, la estrategia programática del Servicio Andaluz de Salud tiene como propósitos esenciales: contribuir sustancialmente a mejorar la salud y el bienestar de toda la población en Andalucía, proporcionar la mejor atención sanitaria a toda la población en Andalucía, incorporar la dimensión de la sostenibilidad como una perspectiva esencial en la organización sanitaria y en la práctica profesional, y situar la innovación, el desarrollo tecnológico, la formación y la investigación, como una misión ligada intrínsecamente a nuestra organización sanitaria.

De acuerdo con lo anterior, este programa presupuestario se dirige al conjunto de profesionales del Servicio Andaluz de Salud encargados de prestar los Servicios Generales, y tiene como finalidad última el desarrollo y mejora de las acciones y tareas de dirección y planificación del Servicio Andaluz de Salud, de acuerdo con las directrices y políticas de gestión sanitaria establecidas por la Consejería de Salud en el Plan Andaluz de Salud (cuarta edición), el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (tercera edición), el Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud y el Acuerdo bienal de Gestión de Resultados Contrato-Programa entre la Consejería de Salud y el SAS 2018-2019.

En materia de ingresos propios del Servicio Andaluz de Salud, hay que destacar que muchos de ellos dependen de hechos facturables, es decir, de actuaciones no relacionadas con el SAS (p.ej. de que ocurra un accidente de tráfico o un accidente laboral). Sin embargo, sí es responsabilidad de esta Agencia el que se recauden los hechos facturables reconocidos y liquidados. En este sentido, en los últimos años el porcentaje de recaudación de los derechos reconocidos, en algunos de los principales conceptos, se ha situado por debajo del 90%, existiendo un elevado margen de mejora.

Por todo lo anterior, para el año 2019, y dentro del Objetivo estratégico: "Contribuir a la sostenibilidad económica y ambiental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, transformando el modelo organizativo del SSPA", se han fijado dos objetivos operativos que contribuirán a su consecución, centrando sus esfuerzos en las liquidaciones y en la mejora de su gestión, como elementos claves para aumentar el volumen de ingresos.

Así, el primero de estos objetivos operativos busca aumentar la recaudación de los ingresos a partir del seguimiento de las liquidaciones, donde existe un amplio margen de mejora, de tal forma que una mejora en la gestión de las liquidaciones redundará en una mayor recaudación. Además, se promoverá la inclusión de este objetivo en los contratos programas de los centros con el SAS.

El segundo de los objetivos operativos va en la misma línea, es decir, se busca mejorar la recaudación evitando que hechos facturables detectados y liquidados no se lleguen a recaudar como consecuencia de una mala praxis.

Con respecto a la sostenibilidad medioambiental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, hay que resaltar que el Sistema Integral de Gestión Ambiental del SAS (SIGA SAS) se aprobó con fecha 1 de marzo de 2005 mediante Resolución SC: 274/2005. Este SIGA SAS usa como referente técnico la Norma Internacional ISO 14001. El primer centro incluido en este certificado está datado en febrero de 2001. Progresivamente, se han incluido el resto de centros. En la actualidad, la totalidad de centros adscritos al SAS están integrados dentro del alcance del SIGA SAS recientemente adaptado a la nueva versión de la Norma de referencia. En 2018 se ha procedido a la revisión del Sistema actualizándolo y adecuándolo a la versión 2015 de la Norma.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en sintonía con las Políticas en materia Ambiental de la Junta de Andalucía, elaboró una Estrategia de Gestión Ambiental y Energética 2015-2020 (EGAE) que pretende conseguir una gestión sostenible de las actividades desarrolladas por esta Consejería. Esta estrategia pivota sobre cuatro grandes Áreas de Gestión: Gestión de la Energía, Gestión de los Residuos, Gestión del Agua y Gestión de las Personas. Atendiendo a lo anterior, la Estrategia introduce nuevos elementos a tener en



consideración entre los que destaca la integración de la gestión de la energía como un aspecto con entidad propia. En este sentido y en lo que refiere a la gestión de la energía, en la actualidad se está impulsando la implantación de un Sistema de Gestión de la Energía basado en la Norma ISO 50001. Se pretende que este sistema esté implantado y auditado (no necesariamente certificado) en 2018 en 4 centros del SAS. Paralelamente, se está dando los primeros pasos para una implantación progresiva a todos los centros.

Igualmente, en este año se ha puesto en marcha una nueva batería de indicadores que pretende cuantificar el impacto ambiental de la Organización (Huella de Carbono) en lo que refiere a su contribución al Cambio Climático según la metodología contemplada en el "Estándar Corporativo de Contabilidad y Reporte", del Protocolo de Gases de Efecto Invernadero (GHG Protocol), del World Business Council for Sustainable Development y el World Resources Institute, referencia a nivel mundial para la realización de inventarios de GEI adaptada para nuestra Organización.

En materia de Gestión de los residuos, en este año se está implantando un modelo de recogida selectiva de materiales susceptibles de reciclaje en todos los centros hospitalarios del SAS. En la gestión de los residuos peligrosos, se han elaborado nuevos objetivos de producción que pretenden minimizar la generación de los residuos peligrosos en, al menos, un 1%.

De igual manera y, en colaboración con otras entidades (Pública y Privadas), el SAS colabora en proyectos nacionales e internacionales de recuperación de materiales procedentes de los desechos de origen sanitario.

En cuanto a la gestión del agua, se están implantando medidas para mejorar la calidad de los vertidos mediante la caracterización y tratamiento, en su caso, de los efluentes procedentes de los laboratorios clínicos. El objetivo previsto es llegar al 100% de los laboratorios de todos los hospitales.

En cuanto la gestión de las personas y conscientes de la importancia vital de la participación de los profesionales, se ha planteado medidas de sensibilización en materia ambiental y energética en, al menos, un 20% de la plantilla del SAS.

Para el ejercicio 2019, y teniendo en cuenta que el actual certificado del SIGA SAS expiró en febrero de 2019, se pretende renovar la certificación con la nueva norma 2015. De la misma manera se ha de consolidar el piloto de la 50001 en los cuatro centros del SAS, abordando su certificación e iniciando el proceso en el resto de centros del SAS (100% de centros iniciados en la ISO 50001). Con relación a los objetivos relacionados con la Huella de Carbono, se pretende calcular la huella de carbono en el 100% de los Hospitales y Centros de Salud. Por otra parte se quiere disponer de 10 centros con implantación de un sistema de recogida selectiva de materiales susceptibles de reciclaje. En materia de investigación el SAS mantendrá su colaboración con la Consejería de Medioambiente en un proyecto europeo de recuperación de materiales procedentes de los desechos de origen sanitario.

Respecto de la situación de la igualdad de género en los recursos humanos del SAS, se ha seguido trabajando para profundizar en el análisis de situación de la plantilla. Así, se dispone de un Diagnóstico de igualdad de género, fruto del trabajo de la Comisión de Igualdad del SAS en la que están presentes tanto la administración como las organizaciones sindicales más representativas del sector. De la lectura del mismo se confirman los datos más significativos, que ya se venían señalando en la elaboración de los Presupuestos de años anteriores. Sin duda, la primera conclusión es que el SAS presenta la plantilla más claramente feminizada del sector público andaluz, en la que las mujeres representan el 70% de la misma, fruto de una evolución continuada en esa dirección en todas las variables que puedan examinarse. Las mujeres son el 83% de la plantilla de personal sanitario no facultativo. No obstante, esta evolución no impide que la distribución por sexos del personal entre las distintas categorías aún presente valores con una alta dispersión, desde el 94,68% de mujeres entre el personal Auxiliar de Enfermería, a un 2,09% de éstas entre los profesionales de Ingeniería Técnica, por indicar dos casos más extremos. Respecto a la distribución por niveles de responsabilidad, el porcentaje de mujeres que ocupan puestos directivos o cargos intermedios se encuentra dentro de los márgenes definidos como paridad, con un 43,13% en personal directivo y un 42,95% en cargos intermedios, sin que deje de ser cierto también que la presencia femenina en este tipo de puestos es inferior a su representación general. Al mismo tiempo, es necesario reconocer la existencia de segregación horizontal, dado que existe una segmentación por categorías,



de modo que las mujeres ocupan mayoritariamente las jefaturas relacionadas con la Enfermería y Auxiliares de Enfermería, y están ausentes de las jefaturas relacionadas con las categorías de Servicios.

Respecto de la utilización de las actuales medidas de conciliación de la vida personal y profesional, la realidad del SAS está en la línea que encontramos en el conjunto de la población activa, con un mayor uso por parte de las mujeres de aquellas medidas que favorecen la atención de la familia. Se han observado también aspectos institucionales claramente mejorables para avanzar en la igualdad de género, como son un mejor uso de los modos de lenguaje no sexista o una mayor identificación y visibilidad del sistema sexo-género en todo lo relacionado con los recursos humanos.

Por otro lado, en el año 2018 se ha dado un paso de gran relevancia en el compromiso de garantizar el principio de igualdad entre hombres y mujeres en todos los niveles del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y toda la actividad que se desarrolle en el mismo, al aprobarse el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en el SAS, elaborado por la Comisión de Igualdad del SAS y ratificado por la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad. Además de dar cumplimiento al mandato de la Ley 3/2007 para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, y de la Ley 12/2007, de fecha 22 de marzo, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, el Plan prevé un conjunto de medidas para contribuir a que todas las mujeres y hombres que trabajan en el SAS gocen de las mismas oportunidades laborales, el mismo trato en el trabajo, así como garantizar la prevención de situaciones de discriminación por razón de género en todos los niveles de la organización.

El Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en el SAS (PEIOMH-SAS) tiene como objetivo general lograr la igualdad de oportunidades y trato entre hombres y mujeres del SAS e implantar una cultura de la organización comprometida con la igualdad, mediante el desarrollo de estrategias y de un sistema de gestión dirigida a alcanzar dicho objetivo. Para ello, se plantea desarrollar actuaciones sobre los siguientes ocho ejes:

- \* Integración de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la cultura corporativa de la Agencia.
- \* Acceso y selección.
- \* Desarrollo profesional y promoción profesional.
- \* Formación.
- \* Responsabilidades familiares y uso de medidas de conciliación.
- \* Política retributiva.
- \* Salud laboral, protección a grupos vulnerables y ante el acoso sexual y la violencia de género.
- \* Transversalidad para la integración de la igualdad de oportunidades.

Todo ello supone la puesta en marcha de 164 medidas, de las cuales 95 de ellas se abordarán de modo prioritario en los dos primeros años de vigencia del Plan.

Entre los instrumentos para hacerlo posible debemos destacar la creación de un Sistema de Gestión de la Igualdad para los profesionales del SAS, la formación y sensibilización en igualdad de oportunidades a disposición de todo el personal, la evaluación de impacto de género de los planes y programas, la evaluación mediante un sistema de indicadores, y las alianzas con otras instituciones referentes en materia de igualdad. La gobernanza del Plan estará asegurada mediante los órganos de participación específicos, las Comisiones de Igualdad del SAS y de cada uno de sus centros, y la plataforma IgualSas, como instrumento técnico a disposición de sus gestores y de todo el personal del SAS.

En 2019 corresponde impulsar las Comisiones de Igualdad de los centros, definir sus prioridades de acción adaptada a sus situaciones específicas, y poner en marcha las primeras medidas del Plan.

### **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

#### **OE.1 Contribuir a la sostenibilidad económica y ambiental del Sistema Sanitario Público de Andalucía**



**OO.1.1 Alcanzar una ejecución del presupuesto operativo superior al 99%, velando por la adecuación al mismo del gasto sanitario**

Se busca maximizar, de forma eficiente, la ejecución de los recursos disponibles.

**ACT.1.1.1 Negociación, formalización y seguimiento continuado de los contratos de gestión con los centros sanitarios**

Negociación, formalización y seguimiento continuado de los contratos de gestión con los centros sanitarios, fijando objetivos de carácter asistencial ajustados a los recursos presupuestarios.

**ACT.1.1.2 Seguimiento continuado de los recursos presupuestarios de cada centro de gasto**

Seguimiento continuado de los recursos presupuestarios de cada centro de gasto, controlando la ejecución, detectando desviaciones y promoviendo las medidas correctoras oportunas.

**OO.1.2 Aumentar un 10% la recaudación neta de los ingresos propios del SAS**

Dentro de la creciente importancia de la financiación propia del SAS, adquiere una especial relevancia la mejora de los procesos de recaudación.

**ACT.1.2.1 Seguimiento de las liquidaciones con carácter mensual y a nivel provincial**

Se elaborará un informe mensual con el detalle de las liquidaciones emitidas y de los ingresos recaudados por centro de gestión provincial.

**ACT.1.2.2 Incorporación de este objetivo dentro del contrato programa de los centros sanitarios del SAS**

En el contrato programa de los centros sanitarios del SAS se incorporará un objetivo concreto que contribuya a mejorar el nivel de recaudación de las liquidaciones practicadas.

**OO.1.3 Disminuir el número de liquidaciones anuladas**

Dentro de la creciente importancia de la financiación propia del SAS, adquiere una especial relevancia la disminución del número de liquidaciones anuladas

**ACT.1.3.1 Incorporación de este objetivo dentro del contrato programa de los centros sanitarios del SAS**

En el contrato programa de los centros sanitarios del SAS se incorporará un objetivo concreto que contribuya a disminuir el número de liquidaciones anuladas.

**ACT.1.3.2 Celebración de reuniones con los coordinadores de ingresos y de éstos con los responsables del área de ingresos de los centros**

Celebración de reuniones con los coordinadores de ingresos y de éstos con los responsables del área de ingresos de los centros de la provincia.



**OO.1.4 Mejorar la eficiencia de la contratación administrativa en el ámbito de los Servicios Generales del SAS**

Se debe evaluar la eficiencia económica y la competencia efectiva en los procesos de contratación.

**ACT.1.4.1 Agilización del proceso de tramitación interna de los informes económicos según Decreto 162/2006**

Es necesario agilizar la tramitación de los informes económicos exigidos por el DECRETO 162/2006, de 12 de septiembre, por el que se regulan la memoria económica y el informe en las actuaciones con incidencia económico-financiera.

**ACT.1.4.2 Análisis y reducción del tiempo medio de tramitación de los expedientes de contratación desde su registro hasta la adjudicación**

La correcta planificación y ejecución de los créditos presupuestados pasa por un análisis previo y una eficiente toma de decisiones conducente a reducir los tiempos medios de tramitación de los expedientes de contratación desde su registro hasta la adjudicación.

**OO.1.5 Seguir incorporando en la gestión de los Centros Sanitarios del SAS nuevas medidas ambientales y energéticas**

Se trata de seguir incorporando en la gestión de los Centros Sanitarios del SAS, conforme a lo establecido en su Estrategia de Gestión Ambiental y Energética 2015-2020, nuevas medidas de apoyo a la identificación de los aspectos ambientales y energéticos más significativos y a la minimización/eliminación de impactos

**ACT.1.5.1 Impulso a la obtención de la huella de carbono de la actividad del SAS**

Es necesario cuantificar el impacto ambiental de la Organización (Huella de Carbono) en lo que refiere a su contribución al Cambio Climático.

**ACT.1.5.2 Monitorización periódica de los consumos energéticos de los centros del SAS**

Es necesario que los órganos gestores del SAS monitoren de forma periódica, conforme a la herramienta propuesta por la dirección corporativa, los consumos energéticos.

**ACT.1.5.3 Implantación de un Sistema de Gestión Energética (SGE) y su integración con el Sistema de Gestión Ambiental**

En la actualidad se está impulsando la implantación de un Sistema de Gestión de la Energía basado en la Norma ISO 50001.

**ACT.1.5.4 Implantación de la recogida selectiva de residuos específicos susceptibles de recuperación y reciclaje (SRSR)**

En materia de Gestión de los residuos, en este año se está implantando un modelo de recogida selectiva



de materiales susceptibles de reciclaje en todos los centros hospitalarios del SAS.

## **OE.2 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

### **OO.2.1 Completar la puesta en marcha de un Plan Estratégico de Igualdad en el SSPA**

El Plan prevé un conjunto de medidas para contribuir a que todas las mujeres y hombres que trabajan en el SAS gocen de las mismas oportunidades laborales, el mismo trato en el trabajo, así como garantizar la prevención de situaciones de discriminación por razón de género en todos los niveles de la organización.

#### **ACT.2.1.1 Puesta en marcha de medidas en favor de la igualdad de género en los centros sanitarios**

Supone la puesta en marcha de 164 medidas, de las cuales 95 de ellas se abordarán de modo prioritario en los dos primeros años de vigencia del Plan.

#### **ACT.2.1.2 Establecimiento de indicadores para garantizar que se aplican medidas de igualdad en todos los centros**

El Plan de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en el SAS se evaluará mediante un sistema de indicadores.

## **PROGRAMA 31B- PLAN SOBRE ADICCIONES**

### **6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

Las políticas públicas de drogodependencias y adicciones han asumido, impulsado y legitimado la aplicación del enfoque integrado de género sustentado en el marco legislativo en el ámbito europeo, estatal y específico de nuestra Comunidad Autónoma. En el ámbito estatal, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres y en Andalucía, el propio Estatuto de Autonomía el derecho a la igualdad de género (artículo 15), pero es la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, la que desarrolla y consolida para nuestra comunidad autónoma la estrategia general de actuación en materia de igualdad de género.

La Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, modificada por Ley 1/2001, de 3 de mayo y por Ley 12/2003, de 24 de noviembre, junto con la normativa de igualdad de género y servicios sociales antes mencionada, es el marco sobre el que, el 19 de abril de 2016, en Consejo de Gobierno se aprueba el III Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones (III PASDA) con vigencia de 2016/2021.

Datos y análisis de género

El diagnóstico epidemiológico de la población andaluza en relación a las adicciones se obtiene a través de un conjunto de datos que nos permiten observar las tendencias y detectar cambios en el perfil de las personas consumidoras y en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, adicciones comportamentales y problemas relacionados. Para ello, nos basamos en las siguientes fuentes:

1. Encuestas sobre consumo de sustancias psicoactivas.

1.1. Autonómica:

\* La Población Andaluza ante las drogas. Es un estudio bienal que se inició en 1987, dirigido a población residente en Andalucía de 12 a 64 años. Su última edición corresponde a 2017.

1.2. Nacionales:



- \* Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Se lleva a cabo de forma bienal, desde 1994, en estudiantes de 14-18 años de edad.
- \* Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES. Se lleva a cabo de forma bienal, desde 1995, en población general, de 15-64 años, residente en hogares.

## 2. Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas (SIPASDA).

Integrado por tres indicadores, Indicador Tratamiento, que indica el número y las características de las personas que reciben asistencia por consumo de drogas en centros ambulatorios; Indicador Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo no médico o no terapéutico de sustancias psicoactivas y el Indicador Mortalidad que recopila información sobre muertes ocasionadas por reacción adversa aguda.

## 3. Indicadores de control de la oferta.

Infracciones cometidas relacionadas con la venta de alcohol a menores, Delitos contra la seguridad vial relacionados con el uso de drogas, Sistema de alerta temprana.

Para el presente informe nos centraremos en los datos de las fuentes 1 y 2, con el objetivo de realizar el diagnóstico del fenómeno de las drogodependencias y adicciones en las mujeres y hombres de Andalucía.

### 1. Prevalencias de consumo:

Los datos de las encuestas de prevalencias de consumo de sustancias adictivas nos indican que las sustancias adictivas más consumidas por la población andaluza son el alcohol y el tabaco. Entre las de curso ilegal, el cannabis supera con diferencia al resto, le sigue la cocaína clorhidrato y el MDMA.

#### a) ESTUDES 2016-2017:

El consumo de todas las drogas ilegales está más extendido entre los hombres y el de las drogas legales entre las mujeres.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol es a los 14 años, de tabaco los 14,1 años. La edad media del consumo de hipnosedantes ha caído ligeramente hasta los 13,7 años, continuando así el descenso iniciado en 2012. El consumo de cannabis comienza, por término medio, a los 14,8 años; el de cocaína y anfetaminas a los 15,1 años y el de éxtasis a los 15,2.

Aunque las encuestas muestran un descenso en la proporción de personas que consumen alcohol, aún así el 76,9% de los estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol (78,9% en 2014). El 75,6% ha consumido en el último año (76,8% en 2014) y el 67% en el último mes (68,2% en 2014).

Aunque también descienden en comparación con el estudio de 2015 el atracón y las borracheras, el 31,7% de los escolares ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días (32,2% en 2014). El 21,8% del alumnado de secundaria se ha emborrachado en el último mes (22,2% en 2014; 35,6% en 2010). También se constata mayor porcentaje de borracheras en las chicas que en los chicos.

El grupo de edad entre 14 y 17 años, a quienes la ley prohíbe venderles o facilitarles alcohol, afirma que lo consiguen por sí mismos en el 34,9% de los casos.

El cannabis continúa siendo la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de alumnos. En esta edición se registra un repunte en su consumo, levemente al alza para alguna vez en la vida y del último año. El resto de drogas tienen unas prevalencias más reducidas.

En cuanto a la percepción del riesgo, el alcohol es la sustancia que se percibe como menos peligrosa.

#### b) La Población Andaluza ante las Drogas XIV (2017):



El porcentaje de quienes fuman a diario sigue siendo mayor entre los hombres (37,5%) que entre las mujeres (30,9%), si bien con respecto a 2015 aumenta tres puntos el porcentaje de hombres que nunca han fumado.

La prevalencia de consumo diario de tabaco es mayor en los hombres que en las mujeres (37,5% frente a 30,9% de mujeres). El alcohol es la sustancia con un consumo más extendido en nuestro entorno. En Andalucía, en 2017, el 88,1% de las personas entrevistadas de 12 a 64 años lo ha tomado en alguna ocasión. En 2017 se observa un incremento del porcentaje de personas con un patrón de consumo de riesgo de alcohol, pasando del 2,2% para el conjunto de la población estudiada en 2015 al 3,8% en 2017.

Sobre las personas que se han emborrachado en el último mes, se mantiene estable con respecto a 2015. El uso problemático de alcohol llamado "atracción", en 2017, un 24,9% en un mes lo hicieron una vez.

### 2. La prevención del consumo:

El III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones prioriza las intervenciones preventivas específicas, dirigidas a influir sobre los consumos de drogas y otras conductas adictivas, las percepciones en torno a los mismos y la asunción de los riesgos que conllevan estos comportamientos.

Las actuaciones no deben enfocarse únicamente a la población de riesgo, en su mayor parte población adolescente, sino que deben combinarse estrategias que permitan el desarrollo de diversas acciones, debiendo tener en cuenta en el diseño de estas acciones el hecho de que mujeres y hombres parten de realidades diferentes por lo que existe la necesidad de analizar de manera separada los factores de riesgo que condicionan el uso de sustancias psicoactivas.

En general, está constatado que el consumo de drogas es más visible en los hombres que en las mujeres, de acuerdo al rol de género que asocia riesgo y masculinidad. Los programas y recursos se han diseñado y adaptado para un perfil masculino, añadiendo el estigma que supone el consumo sobre todo de las ilegales en las mujeres.

Los programas de prevención que tienen mayor cobertura poblacional en Andalucía son Ciudades ante las Drogas de ámbito comunitario y Hábitos de Vida Saludable de ámbito educativo. En "Ciudades ante las Drogas" se incluyen todos los programas y actividades llevadas a cabo por las Entidades Locales subvencionadas para este fin. Según el tipo de actividad se puede o no identificar el sexo de la población participante, es decir, es más fácil identificar quienes asisten a un taller dirigido a las familias que a quienes llega una campaña preventiva, que siempre es una población estimada.

La Consejería de Educación y Deporte y la Consejería de Salud y Familias ponen a disposición de la comunidad educativa el programa Hábitos de Vida Saludables, que cuando se dirige a Educación Infantil y Primaria se denomina Creciendo en Salud, y cuando se dirige al alumnado de ESO y Bachiller se denomina Forma Joven en el Ámbito Educativo con el objetivo de promover, entrenar y capacitar a las personas para el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales que, de forma adaptada a cada edad, les permitan el desarrollo de estilos de vida saludables.

### 3. Tratamiento en la red asistencial:

A estos datos se añaden los extraídos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas sobre los indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad:

Del indicador Admisiones a Tratamiento, la primera valoración es que el alcohol es desde 2005 la adicción más prevalente, tanto en hombres como en mujeres, seguido de cerca por la Cocaína y a mucha distancia por el Cannabis y los Opiáceos, aunque éstos bajando año a año.

De manera global, en 2017 el porcentaje de hombres admitidos es del 83,3% y el de mujeres el 16,7%. Este porcentaje se mantiene prácticamente estable desde el año 2003. Lo mismo ocurre con las personas que se



encuentran en tratamiento en la Red Pública de Atención a las Adicciones anualmente: el porcentaje de mujeres se encuentra estable en torno al 15%.

En las mujeres destacan las admisiones por alcohol, el 32,8%. El juego patológico en ellas tiene un porcentaje mucho menor que entre los hombres (1,6% vs 5,4%), al contrario que los tratamientos por hipnóticos y sedantes, que representan el 4,8% de las admisiones a tratamiento de mujeres y el 1,0% de los hombres. Las mayores diferencias se encuentran en las admisiones por cocaína (29,1% de hombres y 16,7% de mujeres) y en las de tabaco (13,8% de mujeres frente al 2,5% de los hombres).

Si analizamos los diferentes perfiles de consumo de las personas admitidas a tratamiento, atendiendo al sexo, vemos que la edad media de inicio al consumo de todas las sustancias es mayor entre las mujeres que entre los hombres, excepto en el caso del MDMA. Por el contrario, la mayor diferencia en el inicio del consumo entre mujeres y hombres se encuentra en el grupo de personas admitidas a tratamiento por hipnóticos y sedantes (7,9 años más tarde en el caso de las mujeres).

Cabría esperar que la distribución de hombres y mujeres entre las personas consumidoras de cada sustancia, fuera más o menos similar a la proporción de cada sexo en las admisiones a tratamiento. Sin embargo, la proporción de mujeres en las admisiones a tratamiento es siempre inferior a las prevalencias de consumo.

Una explicación importante de esto último es que el abuso y la dependencia por las drogas ilegales más prevalentes (Cocaína, Cannabis y Opiáceos) precisa con más frecuencia y de forma más temprana solicitar ayuda especializada y con mayor frecuencia de recursos residenciales sobre los ambulatorios.

En 2017, el 29% de los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias fueron de mujeres y el 71% de hombres. En las mujeres se producen más episodios de consumo que requieren atención urgente en edades juveniles, mientras que entre los hombres las urgencias se concentran menos en esas edades.

Atendiendo a las diferencias por sexo de la persona atendida, se observa que entre las mujeres el porcentaje de diagnósticos de "Suicidios y autolesiones" es casi el doble que el de los hombres (9,2% frente al 4,9%).

El efecto adverso más grave del consumo es la muerte por reacción aguda. El hecho de que el porcentaje de mujeres en el Indicador Mortalidad sea mayor al del indicador admisiones a tratamiento (19,9% frente al 16,7%), hace pensar que una parte de ellas que requeriría tratamiento no lo está demandando. La distribución de las personas fallecidas según sexo muestra que la mayoría de los fallecimientos son hombres (80,1%), si bien el porcentaje representado por las mujeres aumenta anualmente desde 2011 de 10,2% a 19,9% en 2014. En las mujeres, se detecta un mayor porcentaje de implicación de benzodiazepinas (63,9% frente a 50,3%), antidepresivos (33,3% frente a 14,5%) e hipnosedantes (8,3% frente a 6,9%).

Las Personas en Tratamiento (Activas) en la Red de Atención nos dan información sobre la Carga Asistencial que soportan los Centros de Tratamiento. Si comparamos con las admisiones, a nivel global, las mujeres con un 14,8% están por debajo del 16,7% de las admisiones, más de dos puntos menos. Solo en el tabaco hay más mujeres que hombres en tratamiento.

Aparte de las Admisiones y las Personas en Tratamiento, las cuales se realizan en el medio ambulatorio, también es importante conocer si existen diferencias en los recursos residenciales, los cuales obligan a una permanencia más o menos larga fuera del entorno habitual del paciente. El porcentaje de hombres y mujeres admitidos en tratamiento ambulatorio (83,3% vs 16,7%) tiene diferencias con los ingresos en recursos residenciales (84,6% vs 15,4%) con una diferencia de 1,3 puntos porcentuales en las mujeres muestran más que evidentes diferencias entre unos y otras.

Para finalizar cabe mencionar el Estudio realizado en 2015 por la Escuela Andaluza de Salud Pública. En él es de relevancia, que el conjunto de profesionales participantes tiene ciertas ideas sobre las mujeres que podrían ser estereotipadas. Por ejemplo, entienden que la psicología femenina es enfermiza y atribuyen baja autoestima y depresión a las mujeres drogodependientes.



Atendiendo a todo lo expuesto cabe plantearse las siguientes CONCLUSIONES:

En concreto, este diagnóstico apunta a la necesidad de:

1. Dar un paso más y avanzar ahora en la profundización de las causas que explican las diferencias observadas entre mujeres y hombres en el ámbito del consumo, la prevención y la atención.
2. Prestar especial atención a las tendencias de incremento e igualación, negativa, en este caso del consumo problemático de algunas sustancias en el caso de las chicas jóvenes.
3. Incorporar el enfoque de género en las acciones preventivas, en las que el autocuidado, la desarticulación del binomio masculinidad-riesgo y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud por parte de los hombres, han de ser temas prioritarios en la prevención del consumo de sustancias adictivas.
4. Seguir profundizando en las causas que explican desequilibrios por sexo tan importantes entre la población usuaria de la red de atención. En este sentido, además de un análisis más específico de los factores que explican que las mujeres acudan en menor medida de lo que correspondería con sus indicadores de prevalencia, se vuelve fundamental poner el foco de atención en los propios servicios y recursos que se ofertan, para valorar en qué grado, quizá por estar más orientados a la atención de ciertos tipos de perfiles de personas consumidoras, pueden no estar respondiendo de igual forma a las necesidades de mujeres y hombres.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Abordar de manera integral el fenómeno de las adicciones en Andalucía teniendo en cuenta la socialización diferencial de mujeres**

#### **OO.1.1 Incrementar las acciones preventivas dirigidas a reducir las conductas de riesgo y el consumo de sustancias adictivas**

El diagnóstico realizado a través de las encuestas de prevalencia indican la necesidad de reducir los consumos abusivos y las conductas de riesgo, que se instauran a edades cada vez más tempranas, siendo prioritario retrasar las edades de inicio al consumo de las sustancias legales, principalmente alcohol, e ilegales, principalmente cannabis, diseñando acciones que incidan en los diferentes factores de riesgo y de protección de las y los adolescentes.

Ante esta situación es necesario que los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otras conductas adictivas se dirijan fundamentalmente a adolescentes y jóvenes, promoviendo la adquisición de estilos de vida saludable, que les permita desenvolverse de manera eficaz en su entorno social. Para ello, es importante seguir avanzando en la ampliación de la cobertura de los programas de ámbito educativo y prevención comunitaria. Por otro lado, es importante abordar esta tarea también desde el ámbito familiar, proporcionando a las personas adultas recursos para afrontar la educación en valores, estilos de vida y consumos de drogas en particular, adaptadas a su contexto social y familiar.

Así mismo, es necesario continuar implantando estrategias dirigidas a la población juvenil que ya se ha iniciado en el consumo de alguna sustancia psicoactiva para evitar la instauración de adicciones, de consumos abusivos, de riesgo o dependencias, generando una percepción realista del riesgo que entrañan el consumo de sustancias y otras conductas adictivas.

De acuerdo a los datos del diagnóstico, es imprescindible incorporar el enfoque de género en las distintas estrategias preventivas, interponiendo asimismo acciones específicas para abordar el problema del incremento del consumo en general y del consumo abusivo específicamente en las chicas.

Se incluye, así mismo, la detección de nuevas sustancias al Sistema Español de Alerta Temprana, contribuyendo a la difusión del conocimiento y la coordinación entre los agentes implicados.



#### **ACT.1.1.1 Desarrollo del Programa de Prevención Comunitaria “Ciudades ante las drogas”**

Ciudades ante las Drogas es el programa con mayor cobertura poblacional y mayor número de actividades puestas en marcha en Andalucía. En 2017 ha contado con la colaboración técnica y financiera de 257 municipios con una cobertura poblacional del 59,43%. Se han llevado a cabo 2.185 actividades de las el 50% se desarrollan en el ámbito comunitario, 32% en el educativo, 12% se dirigen a las familias y el 5% en el ámbito laboral.

Es prioritario diseñar actuaciones de prevención universal, selectiva e indicada, con evidencia científica, adaptadas al entorno, partiendo de las necesidades de mujeres y hombres e incidiendo en mayor medida en los sectores más jóvenes, en las familias como agentes de prevención, potenciando las habilidades necesarias y teniendo en cuenta de manera especial a las familias más vulnerables o en riesgo de exclusión social y actuando en el ámbito laboral a través del programa Servicio Responsable.

De acuerdo con ello, se entiende necesario incrementar la participación de las entidades locales en el Programa con la finalidad de poder aumentar las acciones preventivas dirigidas a evitar conductas de riesgo, incidiendo en mayor medida en los sectores más jóvenes, las mujeres y en aquellos grupos de mayor riesgo social, dado que los datos recientes ponen de manifiesto una disminución en cuanto a la edad de inicio de consumos problemáticos.

Para facilitar al personal técnico de prevención de adicciones de las Entidades Locales el diseño de programas, establecer líneas comunes de trabajo, el diagnóstico comunitario e incluir la perspectiva de género en el diseño, se ha constituido una Comunidad de Prácticas para el diseño de una guía técnica para la prevención de conductas de riesgo en el ámbito de las adicciones en Andalucía.

Es necesario, así mismo, mejorar el sistema de registro para que los datos de participación en las actividades permitan desagregar por sexo sobre los indicadores más relevantes.

#### **ACT.1.1.2 Desarrollo de Programas de Prevención Educativa**

Estableciendo como objetivo incrementar la cobertura del Programa Hábitos de Vida Saludable en los Centros Educativos de Educación Infantil, Primaria, Secundaria y Bachiller con las Líneas de intervención "Uso Positivo de las TICs" y "Prevención de Drogodependencias y Adicciones".

#### **ACT.1.1.3 Desarrollo de Programas de prevención selectiva e indicada**

Se trata de promover una conciencia sobre la importancia de los problemas y daños relacionados con las adicciones y sobre la posibilidad de evitarlos, a través de acciones de proximidad.

Diseñar, en colaboración con el personal técnico de menores, un modelo práctico y eficaz de abordaje del consumo de sustancias adictivas en población adolescente residente en centros de protección de menores.

Diseñar, en colaboración con la DGT un programa de intervención con infractores reincidentes por consumo de sustancias psicoactivas y conducción.

#### **ACT.1.1.4 Aumento del grado de información sobre el consumo de drogas y otras adicciones**

Actuaciones dirigidas a detectar de manera precoz sustancias, nuevos patrones de consumo y/o



incidencias relacionadas con el consumo recreativo y notificar al Sistema Español de alerta temprana (SEAT).

Por su parte el Teléfono de Información sobre Drogodependencias y Adicciones, se mantendrá como instrumento por el cual se facilita información sobre los recursos que existen en Andalucía para la Atención a personas con problemas de adicciones, siendo instrumento que contribuye igualmente a valorar la percepción del riesgo por parte de la población andaluza.

**ACT.1.1.5 Fomento y coordinación de las intervenciones preventivas del movimiento asociativo específico en materia de adicciones**

Es necesario identificar las acciones y la cobertura poblacional de las entidades a fin de establecer los mecanismos de coordinación necesarios entre los recursos comunitarios que existan en un territorio.

**OO.1.2 Optimizar los Procesos de Tratamiento en los diferentes niveles de atención a las adicciones**

Entre las Áreas de intervención del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones 2016-2021 se encuentra la de ATENCIÓN SOCIO SANITARIA, cuyos objetivos están centrados en prestar atención a todas las demandas que se produzcan desde un abordaje biopsicosocial que garantice un tratamiento completo y la continuidad del mismo mediante recursos de primer nivel y de segundo nivel de la atención.

Entre los primeros se encuentran los Centros de Tratamiento Ambulatorio, ejes del sistema y puerta de entrada a la red asistencial. Desde ellos se producen las derivaciones a los recursos residenciales, cuando no está indicado que el proceso asistencial se realice en el entorno de la persona.

Con este Objetivo se pretende lograr el máximo rendimiento posible de cada uno de los recursos de asistencia a adicciones, es decir, incrementando el número de personas que culmina con Alta Terapéutica el proceso de tratamiento y, consecuentemente reduciendo el número de abandonos, altas voluntarias y renunciadas de ingreso en centros residenciales.

Este objetivo se perseguirá en todos los centros que conforman la Red asistencial, tanto públicos como privados concertados.

**ACT.1.2.1 Mantenimiento de una red asistencial con centros de carácter ambulatorio y residencial**

Para atender a las demandas de tratamiento que se produzcan, se pone en servicio una Red de centros de atención a las drogodependencias y adicciones, de acceso universal y gratuito en la que se presta atención con profesionales de distintas disciplinas, a través de un tratamiento personalizado con centros de carácter ambulatorio y residenciales para permitir la continuidad del proceso terapéutico.

Esta Red asistencial cuenta con amplio número de dispositivos de tratamiento de las adicciones, con un total de 173 centros repartidos por todo el territorio, con más de 1.000 profesionales de distintas disciplinas trabajando coordinadamente en ellos.

También se atienden a personas consumidoras activas, con 7 Centros de Encuentro y Acogida que atienden sus necesidades básicas. Para la desintoxicación en régimen hospitalario las 3 Unidades de Desintoxicación en hospitales del Servicio Andaluz de Salud cubren esta fase del tratamiento.

Las 23 Comunidades Terapéuticas con 478 plazas atienden la deshabitación y las 17 Viviendas de Apoyo a la Reinserción, al Tratamiento y las de Enfermos de Sida facilitan la incorporación social.



Asimismo hay que resaltar como parte de la mencionada Red, la oferta de programas específicos para mujeres en situaciones como el embarazo y la exclusión social, así como plazas específicas para parejas y madres con hijos menores de tres años.

#### **ACT.1.2.2 Implantación de la Estandarización Asistencial en los Centros de Tratamiento Ambulatorio**

Aunque al hablar de adicciones lo estamos haciendo de una enfermedad crónica y recidivante, es perfectamente viable buscar el mayor número posible de éxitos terapéuticos en el abordaje del problema. Por ello se plantea la estandarización asistencial como medio para conseguirlo.

Los objetivos de esta metodología son por un lado, homogeneizar los recursos y programas en las ocho provincias andaluzas para disponer de una oferta adaptada a las necesidades de cada una de ellas. Por otra parte, mejorar la accesibilidad a los recursos y programas, disminuyendo los tiempos de espera y conseguir una mayor equidad.

Se pretende también una unificación de la carga de actuaciones asistenciales y de incorporación social en los diferentes recursos ambulatorios.

Todo ello, repercutirá en una mejora de la atención a las personas con problemas de adicciones orientando las actuaciones hacia la ciudadanía.

Se trata por tanto de establecer Módulos de Estandarización de la actividad asistencial, y de realizar una Clasificación de los CTAS en función de la actividad asistencial y carga profesional.

El fin último, al mejorar la atención, homogeneizar las actuaciones y la carga asistencial, será una atención de mayor calidad y una mejora de resultados en cuanto a éxitos terapéuticos.

#### **ACT.1.2.3 Desarrollo de actuaciones de reducción de riesgos y daños**

La dependencia a opiáceos genera un gran número de problemas a la hora de tratarla, por la presencia de numerosas enfermedades y situaciones de exclusión social asociadas a la misma. Para combatir esto se utiliza una metodología que no persigue la abstinencia en el consumo de opiáceos sino por el contrario paliar o minimizar las consecuencias negativas de dicho consumo.

En esta línea, como alternativa terapéutica para las personas con dependencia a opiáceos y para la reducción de los riesgos y daños asociados a ello se plantea el Programa de Tratamiento con Metadona, así como el Programa de Tratamiento con Buprenorfina, los cuales permiten mejorar la calidad en la atención a las demandas derivadas del consumo de opiáceos.

Sin embargo, no todas las personas que se someten a este tratamiento precisan mantenerlo de por vida. Por ello, se considera como logro terapéutico el paso de un programa de sustitución a uno de desintoxicación, por cuanto disminuye la estigmatización y favorece una mejor integración social, al no depender de la toma de un fármaco para realizar las tareas de la vida diaria.

Algunas iniciativas de entidades privadas favorecen la reducción de daños en estas personas y permiten un incremento en la demanda de tratamiento convencional.

#### **OO.1.3 Fomentar la incorporación social de personas con problemas con adicciones en riesgo de**



### **exclusión social**

La incorporación social sigue siendo la meta final de todo el proceso de tratamiento de una adicción, a pesar de que los perfiles atendidos y los patrones de consumo presentan diferencias importantes con los de hace varios años. Sin embargo, aún encontramos que la mayor carga asistencial que presentan los centros de tratamiento la siguen representando las personas dependientes de opiáceos, de los que un gran número permanecen en el programa Metadona.

Se trata de una población con una media de edad alta, con varios años de tratamiento, excluidos socialmente y con escasas habilidades sociales.

Estas escasas habilidades se centran básicamente en un escaso sistema de relaciones y en la carencia de capacitación para el acceso al mercado laboral y a los recursos sociales normalizados. Por ello, es preciso facilitarles una mejora de sus competencias, mediante actuaciones dirigidas a facilitar el proceso de cambio y la normalización.

En esta línea de trabajo se incluyen aquellos programas que tienen como objetivo la formación para el empleo o la contratación de personas en proceso de incorporación social, así como otros programas dirigidos a promover el proceso de incorporación social y la admisión en las redes normalizadas a este colectivo caracterizado por presentar graves problemas de exclusión y por tener escasas habilidades para desenvolverse, aprovechando la cercanía que la iniciativa social tiene con respecto a la ciudadanía, su experiencia en el campo de lo social y su compromiso con las personas con problemas sanitarios y sociales, para una mayor eficacia de los citados programas y su función de complemento y cooperación con las entidades públicas.

#### **ACT.1.3.1 Desarrollo de Programas específicos de incorporación social para personas con adicciones**

Entre estos programas hay que destacar los Programas de fomento del empleo o de formación para el empleo, Programa Arquímedes y PROFEAD respectivamente, incluidos en el Marco Operativo 2014-2020 del Fondo Social Europeo. En esta misma línea se incluye también el Programa de formación Red de Artesanos.

Para estos programas se contará con la participación de los Centros de la Red asistencial como proponentes de las personas a incluir en ellos, así como con entidades públicas y privadas para la formación o la contratación en su caso.

#### **ACT.1.3.2 Fomento y coordinación las intervenciones realizadas en el ámbito de la incorporación social en materia de adicciones**

Esta línea de trabajo se materializa en programas específicos dirigidos tanto a mejorar la capacitación de las personas con problemas de adicciones facilitando el desarrollo de sus habilidades educativas y sociales, como a conseguir que la comunidad sea receptiva y perciba que puede convivir positivamente con este colectivo, resultando relevante la participación del movimiento asociativo específico de drogodependencias como agentes imprescindibles en el desarrollo de este tipo de actuaciones, dado que su cercanía a la población atendida le permite realizar una labor de puente efectiva con las poblaciones más vulnerables actuando como mediador entre el entorno social y la persona.

En esta línea hay que mencionar el Programa de Asesoramiento Jurídico, que tiene como finalidad el prestar asesoramiento jurídico integral a las personas con problemas de adicciones que tienen problemas judiciales que dificultan su proceso rehabilitador por parte de un equipo de abogados previa derivación de los terapeutas que intervienen con ellas.

### **OE.2 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**



**OO.2.1 Dotar de competencias en metodología de intervención y habilidades profesionales en materia de género bajo un modelo homogéneo**

El área de Gestión del Conocimiento del III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, pretende entre otros objetivos impulsar la formación de las y los profesionales de la Red de Drogodependencias y Adicciones contemplando las necesidades planteadas por dicho personal y marcando las principales líneas formativas comunes.

El Observatorio Andaluz de Drogas y Adicciones establece como aspectos más importantes el fomento de la formación horizontal y colaborativas, presencial u online, aprovechando los conocimientos y habilidades específicas de los y las profesionales.

Entre las prioridades formativas se encuentran la Intervención sobre menores y adolescentes, la Patología dual, el Abordaje de las adicciones desde la perspectiva de género y de la violencia de género, las Nuevas adicciones, las adicciones comportamentales y nuevas tecnologías.

En base a los datos aportados por el estudio realizado a profesionales de los centros asistenciales para conocer cómo se entienden las desigualdades de género en la atención prestada en la Red asistencial revela la necesidad de abordar la formación con una perspectiva transversal en género, teniendo en cuenta que los recursos y los profesionales deben conocer las diferencias de género y establecer medidas para prestar una atención personalizada y adaptada a las características de ambos sexos. Ello llevará consigo la adaptación de los programas de intervención a esta necesidad. Igualmente, en materia de prevención, las actuaciones y programas ligados a evitar el consumo, las conductas de riesgo o retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias deberán tener en cuenta los datos aportados por las diferentes encuestas de prevalencia y las características diferenciales entre chicos y chicas.

Del mismo modo, se deberán apoyar iniciativas que permitan un mejor conocimiento de la realidad del fenómeno de las adicciones a través de actuaciones que promuevan la investigación en la materia, la mejora de los sistemas de información y propicien espacios de intercambio de conocimientos.

**ACT.2.1.1 Desarrollo de acciones formativas centradas en la Perspectiva de Género y Adicciones**

Dirigidas al personal técnico de la Red de Drogodependencias para mejorar la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones, y en base a las necesidades de conocer y transversalizar las líneas prioritarias que vertebran el III PASDA, con el objetivo de adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades detectadas en ambos sexos. Previamente se analizarán las necesidades formativas en esta materia para adaptar la oferta formativa a las mismas. Se plantean preferentemente la realización de actividades formativas de carácter semipresencial u on line y el impulso de las Comunidades de Prácticas.

**ACT.2.1.2 Realización de estudios específicos en género y adicciones y/o adaptación de Programas de intervención**

Complementariamente al desarrollo de acciones formativas, se deberán impulsar nuevos estudios sobre los consumos en la población joven andaluza, analizando los distintos consumos y motivaciones ante el mismo entre mujeres y hombres.

Asimismo se plantean diversas actuaciones dirigidas a la elaboración de protocolos de actuaciones preventivas dirigidas a menores y a la revisión de Programas asistenciales con la finalidad de optimizar los procesos de tratamiento.



## PROGRAMA 31P- SERVICIO DE APOYO A FAMILIAS

### 6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública

El Plan de apoyo a las familias andaluzas fue puesto en marcha por la Junta de Andalucía con la publicación del Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Este decreto establece un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se reflejan en un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global. Así, incide en cuestiones como la protección social, la salud, la educación, la protección de mayores y personas con discapacidad, la inserción laboral o la adecuación de sus viviendas.

Dentro de este Plan, el Sistema Sanitario Público andaluz ha iniciado actuaciones en varias medidas específicas referidas al cuidado de personas dependientes y mejora de la accesibilidad a los servicios.

- \* Cuidados domiciliarios
- \* Rehabilitación y fisioterapia
- \* Plan andaluz de Alzheimer
- \* Salud mental infantil y juvenil

#### CUIDADOS A DOMICILIO

El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado "envejecimiento del envejecimiento", o aumento porcentual del grupo de más de 80 años; un fenómeno que, además, es eminentemente femenino, ya que los grupos de más edad estarán compuestos mayoritariamente por mujeres (este envejecimiento no es homogéneo). Los índices de envejecimiento más elevados se hallan en municipios de las provincias de Jaén y Córdoba, en el norte y este de Andalucía, coincidiendo con las zonas de mayor índice de ruralidad. En Andalucía, el 14,6% de la población tiene más de 65 años -en torno a 1.200.000 personas-, de las cuales más de 300.000 superan los 80 años. Esto supone que la población mayor andaluza se ha triplicado en sólo 50 años (desde 1960). Este envejecimiento, además, seguirá ascendiendo, ya que se prevé que en el año 2050 los mayores supongan casi un tercio de la población andaluza -el 29%-, es decir, el doble del porcentaje actual.

Otro dato destacado que arroja el análisis demográfico es el de la feminización del envejecimiento. El 16,9% de las mujeres tiene hoy más de 65 años, frente al 12,7% en el caso de los hombres. La previsión es que esa diferencia aumente y en 2050 sean mayores el 31,9% de las mujeres y el 26,3% de los hombres.

Estas diferencias son aún más acusadas en el caso de las personas mayores de 80 años, tramo en el que el porcentaje actual de mujeres (4,9%) duplica al de hombres (2,8%), porcentajes que llegarán al 11,5% y al 7,8%, respectivamente, en 2050.

Tanto el envejecimiento cada vez mayor de nuestra población, como las transformaciones en la familia, que hoy por hoy sigue siendo la principal proveedora de cuidados a los mayores y en general a los dependientes, han hecho que la atención a la dependencia haya cobrado una especial relevancia desde un primer momento. En este sentido, cabe destacar el análisis de los datos producidos a partir de la Encuesta Redes Familiares (ERF), que nos muestra que cuando decimos que el principal aporte de la ayuda a los dependientes, actualmente, procede de la familia, en realidad nos ajustaríamos más a la realidad si afirmáramos que son las mujeres (hijas, esposas, madres, nueras, e incluso nietas), las que están soportando el mayor peso del cuidado de sus familiares enfermos o discapacitados. Éstas tienen en muchos casos, y en mayor cuantía que los hombres, dedicaciones superiores a las 40 horas a la semana, lo que supone, al menos, el equivalente a una jornada laboral semanal. Este hecho guarda relación con el tipo de ayuda que, según la encuesta, tienden a prestar ellas, más relacionada con las tareas que se realizan en el ámbito doméstico y cotidiano, que son más repetitivas y de continua realización, frente a las más esporádicas y/o puntuales de las que tienen lugar en la calle, realizadas más por los varones.



En relación con las motivaciones de los cuidadores, casi un 40% de ellos dice hacerlo por sentido del deber o la responsabilidad, siendo algo mayor este porcentaje entre las mujeres. A las familias, y en concreto a las mujeres de éstas, se les sigue viendo en muchos casos como "proveedoras naturales de cuidados". A la hora de argüir razones afectivas y las preferencias del familiar al que se cuida como razón que justifica que se le ayude, también las mujeres lo hacen en mayor medida que los hombres. Todo ello no hace sino confirmar de nuevo la vigencia de los roles de cuidador de las personas dependientes y principal soporte afectivo en el seno de la familia como importantes componentes en la construcción social del género.

Líneas de actuación:

- \* Personalización del servicio. Cada persona/unidad familiar tiene una enfermera de referencia para todos sus cuidados ya sea en el centro de salud o en el domicilio.
- \* Creación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace. Con formación específica sobre valoración integral y coordinación, esta enfermera recoge la información específica sobre las necesidades de mayores, discapacitados y sus cuidadoras, para compartirla, revisarla y coordinar las intervenciones con todos los profesionales, el médico y la enfermera del paciente y con los demás miembros del equipo de atención primaria, además de los familiares implicados. La enfermera hace una valoración específica del paciente y su cuidadora necesitados de atención domiciliaria. Se concentra en detectar, valorar e intervenir de forma precoz en problemas de salud y paliar los existentes, actuando en cooperación con el equipo. Prestan apoyo a la cuidadora principal, de forma individual y grupal, realizando talleres para la formación de las cuidadoras sobre cuidados básicos.
- \* Plan de formación. Se ha desarrollado una formación específica para todas las enfermeras comunitarias de enlace sobre personalización de los cuidados, expectativas de los pacientes en atención primaria y herramientas para la valoración de los problemas de salud de esta población. Progresivamente se extenderá esta formación al resto de las enfermeras de atención primaria.
- \* Plan de Comunicación. Dirigido a la población en general e informando sobre el compromiso de calidad de los servicios que prestan las enfermeras de familia y las enfermeras comunitarias de enlace. En la elaboración de los contenidos han participado un numeroso grupo de enfermeras. Dirigido a los profesionales para la difusión de las mejoras realizadas en la Atención Domiciliaria de las personas mayores y/o con discapacidad.
- \* Promover la continuidad de cuidados. El objetivo es hacer homogénea la información que se necesita para establecer el plan de cuidados, lo que mejorará notablemente la continuidad entre los miembros del equipo.
- \* Material de apoyo para los pacientes y cuidadoras. Se ha dotado a los distritos de atención primaria de camas articuladas (con colchón), grúas eléctricas para la movilización de pacientes, colchones y cojines antiescaras, protectores preventivos de escaras de talón, aspiradores eléctricos portátiles, entremetidas para la movilización de pacientes encamados, andadores y barandas abatibles adaptables a todo tipo de camas, tablas para bañeras y sillas adaptables para duchas.
- \* Material específico para el mejor desarrollo de los cuidados. También se han adquirido maletines especialmente diseñados para la atención domiciliaria, libros de taxonomías propias de la disciplina enfermera, elementos de telecomunicación como teléfonos móviles para la Enfermera Comunitaria de Enlace con el fin de garantizar un contacto rápido ante cambios en la situación del paciente, y agendas informáticas (PDA) que faciliten la recogida de información sobre cuidados en los domicilios.

### FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.

En el mismo sentido, el Plan de apoyo a las familias andaluzas procura mejorar la accesibilidad de los/as pacientes y cuidadora/es a los servicios de rehabilitación y fisioterapia en su propio entorno. Se ha creado una red de unidades de fisioterapia y rehabilitación en los distritos de atención primaria, que cuenta con médicos rehabilitadores y fisioterapeutas.

El Servicio Andaluz de Salud ha querido avanzar en la accesibilidad a este servicio para las personas con mayor dificultad, ampliando el desarrollo de salas de fisioterapia con equipos móviles de atención domiciliaria en los grandes núcleos de población.

Este servicio contempla cuatro posibles tipos de atención:



- \* Tratamiento domiciliario especializado, dirigido a pacientes que no puedan (o no deban) desplazarse a una sala, que presenten déficit reversible o estable, pero susceptibles de incrementar su capacidad funcional. Se ha elaborado una guía de procedimientos que detalla los procesos susceptibles de tratamiento en domicilio. Este tipo de atención también va dirigido a los cuidadora/es principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.
- \* Atención a domicilio por parte del equipo de atención primaria, en caso de pacientes discapacitados con gran limitación funcional y necesidad de tratamiento postural o movilizaciones para el mantenimiento de su estado físico y calidad de vida.
- \* Tratamiento individualizado en sala de fisioterapia, dirigido a pacientes discapacitados o con déficit funcional cuando es posible incrementar su capacidad funcional. Al igual que el tratamiento domiciliario, se ha elaborado una guía de procedimientos para el tratamiento en salas.
- \* Tratamiento en grupos en sala de fisioterapia, para mujeres mastectomizadas y personas con algias vertebrales crónicas inespecíficas.
- \* Líneas de actuación
- \* Equipos móviles: Se han puesto en marcha equipos de rehabilitación y fisioterapia a domicilio, en todas las capitales de provincia y el Campo de Gibraltar, dotados de fisioterapeutas, celadores-conductores, automóvil y equipamiento portátil. Estos equipos cubren la atención (mañana y tarde) y se encuentran coordinados por un FEA en Rehabilitación que también depende del Distrito de atención primaria correspondiente.
- \* Terapia ocupacional: Una vez iniciada la ampliación de la cartera de servicios de los dispositivos de apoyo de Rehabilitación y Fisioterapia de los distritos de atención primaria con la incorporación de nueve terapeutas ocupacionales en los distritos urbanos de las capitales de provincia. Su objetivo fundamental es la atención domiciliaria y el trabajo con el resto de los profesionales de atención primaria para facilitar la reincorporación del gran discapacitado a su entorno habitual. Se ha elaborado una guía para el desarrollo de la terapia ocupacional en atención primaria, y se han dotado, específicamente, nueve salas de trabajo de terapia ocupacional.
- \* Salas de fisioterapia: Con la dotación del Plan de apoyo a las familias andaluzas se han abierto nuevas salas de fisioterapia (principalmente en zonas alejadas de las existentes y con población elevada).

#### PLAN ANDALUZ DE ALZHEIMER

Se estima que alrededor de 60.000 andaluces padecen en la actualidad algún tipo de demencia. El 90% de estas personas viven con sus familias y unos 24.000 son dependientes totales, lo que supone una importante sobrecarga para las cuidadora/es principales.

Los objetivos a conseguir en la atención a los enfermos de Alzheimer y sus familias son:

- \* Incrementar la detección precoz de la enfermedad.
- \* Proporcionar a los centros de día/estancia diurna de Alzheimer un mayor acceso a fuentes de información, mejor conocimiento de la enfermedad y una mayor fluidez en el intercambio de información entre centros y con el personal sanitario.
- \* Asignar profesionales médicos y enfermeros para la atención directa en las unidades de estancia diurna de Alzheimer.
- \* Facilitar la conexión telemática entre los centros de salud, los centros de día, las unidades de estancia diurna y los centros de atención especializada, para la realización de consultas e interconsultas, tramitación de citas y derivación a especialistas.
- \* Potenciar las sesiones de apoyo a los familiares de los/as enfermos/as.

Estos objetivos vienen a reforzar las medidas propuestas de cuidados domiciliarios y fisioterapia/rehabilitación, de las que también se benefician los pacientes con Alzheimer y sus familias.

Líneas de actuación:

- \* Acuerdo marco de colaboración entre la Consejería de Salud y la Federación de Familiares de Enfermos de



Alzheimer, para garantizar la participación de las personas y asociaciones implicadas en la implantación y desarrollo de los programas contenidos en el Plan Andaluz de Alzheimer.

- \* Concesión de subvenciones para el desarrollo de las medidas contempladas en el Plan de Alzheimer. La Consejería de Salud financia a Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer para el desarrollo tutelado y asesorado de los cinco primeros programas que configuran este plan:

1. Programa PAS de asistencia sanitaria, que integra el proceso de atención a las demencias con los cuidados a domicilio y en la propia asociación, mediante la asignación directa de profesionales con formación específica para este tipo de atención.
2. Programa FIA (de Familia, Información y Acceso) que facilita conectividad a todas las asociaciones de familiares permitiéndoles el acceso permanente a la información y el conocimiento sobre la enfermedad.
3. Programa CONECTA, que ofrece servicios de videoconferencia entre asociaciones de familiares y permitirá la interconexión con los servicios de salud a través del programa de telemedicina. Un canal de estas características permitirá la implantación de teleconsulta y teleformación.
4. Programa ERES orientado a facilitar, extender y mejorar la aplicación de programas de neuroestimulación psicológica a los enfermos, ya sea en los centros de día como en el propio domicilio de los enfermos. Su carácter gradual y su orientación lúdica facilita el contacto de los enfermos con sus nietos, reforzando lazos afectivos y la implicación de los niños. Todas las asociaciones que tienen unidades de día y talleres, tienen pantallas táctiles, y además, tienen implantado el programa informático GRADIOR diseñado para la estimulación cognitiva de los pacientes.
5. Programa FOR, tanto de formación presencial como de teleformación. Este programa tienen como objetivo mejorar la formación y la capacitación de responsables, profesionales y voluntarios de las asociaciones de familiares, así como la mejora de la formación de los profesionales de la atención primaria de salud que manejan prioritariamente estos enfermos.
6. La puesta en funcionamiento de la tarjeta +cuidados y el Proyecto Alzheimer, tiene como función identificar y visibilizar a las personas cuidadoras de pacientes con grandes discapacidades, con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, para hacer efectivas las medidas de discriminación positiva recogidas en el Plan de Personas Cuidadoras. Se continúa ofertando tarjetas +cuidados por parte de los profesionales de enfermería de los Distritos de Atención Primaria, con el objetivo de seguir sensibilizando y cualificando al resto de la familia, fundamentalmente hombres, en la responsabilidad compartida del cuidado familiar.

#### ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

Con el objetivo de mejorar la atención a los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia, se ha desarrollado una red especializada para las patologías más complejas, que comprenda hospitalización completa y de día.

Líneas de actuación:

Redefinición de la cartera de servicios para incorporar nuevas formas de atención:

- \* Atención ambulatoria en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD) y en las Unidades de Salud Mental Infantil y Juvenil (USMIJ). Para ello se refuerzan las plantillas de estos dispositivos.
- \* Programas de Hospitalización de día en las USMIJ para los trastornos clínicos que lo requieran. Se introducen como prioritarios en las USMIs los programas de día para el tratamiento e intervención sobre las siguientes patologías:
  - Psicosis que debutan en la adolescencia
  - Trastornos de la personalidad graves en la adolescencia
  - Trastornos generalizados del desarrollo
  - Trastornos de la conducta en adolescentes
  - Trastornos de la conducta alimentaria
- \* Hospitalización completa, en un espacio con 5-6 camas, acondicionada preferentemente en el área de Pediatría, conectada con el hospital de día y con organización de corta estancia (6-40 días).
- \* Prestar soporte y formación al resto de dispositivos asistenciales, así como de otras instituciones no sanitarias



implicadas.

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2016-2020, en su línea estratégica "Detección, atención y recuperación de los trastornos mentales" propone como objetivo el desarrollo y mejora de la atención comunitaria (ambulatoria y domiciliaria) de manera especial con aquellas personas más vulnerables y necesitadas de intervenciones especializadas. Una de estas poblaciones es la correspondiente a la Infancia y la Adolescencia. Los servicios sanitarios especializados del SAS realizaron en 2015 un estudio sobre la situación de la atención a esta población. Situación que no se ha modificado hasta la fecha.

Según el citado estudio, las personas atendidas en 2017 en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Andalucía fueron 285.036, de las cuales 45.547 eran menores de 18 años (el 16% del total de personas atendidas).

En cuanto a los recursos humanos, los destinados a atender a esta población en las USMIJ son 179 profesionales, de ellos 68 Facultativos Especialistas de Área (FEA). En las USMC se estima que se dedican a la atención a la infancia y la adolescencia 60 FEA, fundamentalmente Psicólogas/os Clínicas/os (sumatorio del tiempo de dedicación parcial a la atención a este colectivo en la Comunidad Autónoma), es decir, en el conjunto de la Comunidad Autónoma 239 profesionales se dedican a la atención a la infancia y la adolescencia, aproximadamente, el 9% del total de la red de atención a la salud mental en Andalucía.

Las 14 USMIJ están distribuidas en la Comunidad Autónoma de una manera no equitativa, unas veces por la cantidad de población que atienden y otras por la dispersión geográfica que abarcan, dando lugar a inequidad en el acceso a la atención especializada.

Para reducir esta diversidad en la atención es necesario el desarrollo de una visión transversal de la Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia en cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, incluyendo la atención prestada en Atención Primaria.

Respecto de la Hospitalización, aún quedan grandes áreas de mejora:

- No hay una estandarización de las condiciones de hospitalización en los Servicios de Pediatría hospitalarios homologada para toda la comunidad para los menores de 14 años.
- Hay grandes deficiencias en la hospitalización de Adolescentes de 14 a 18 años en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental de Adultos. No hay espacios adecuados para esta población como marca la legislación vigente.
- Por otro lado, en el 80 % de las USMC no existe un espacio diferenciado para la atención a la población menor, como exige la normativa vigente, sino que ésta es atendida en el mismo espacio que la población adulta, sin diferenciar salas de espera ni consultas, ni tramos horarios específicos.

En resumen, hay una población con gran dificultad de acceso a las USMIJ, por lo que no recibe una atención equitativa respecto de la que reciben los ciudadanos cercanos a este recurso. Existe carencia de profesionales con dedicación completa a la atención de esta población en las USMC, atención que recae casi en exclusiva en las/los Psicólogas/os Clínicas/os. Los profesionales Psiquiatras generalmente intervienen de manera puntual y como apoyo para el tratamiento farmacológico.

Las circunstancias anteriores producen una gran variabilidad en la cartera de servicios que ofrecen los dispositivos USMC y USMIJ de las distintas UGC.

#### ATENCION A LA SALUD BUCODENTAL INFANTO-JUVENIL Y MUJERES EMBARAZADAS

Es objetivo de este programa promover desde los Centros la reducción de las desigualdades de género. Para ello, el programa de Salud buco-dental de mujeres embarazadas presta atención de odontología a toda gestante que solicite revisión bucodental preventiva, causadas por los cambios orales de las embarazadas.



Por su parte, como medida para la mejora de la salud bucodental, tanto en el ámbito de la infancia y juventud, como en personas con discapacidad, se atiende a lo establecido en el Decreto 281/2001 de prestación asistencial dental dentro del Programa de Asistencia dental de Andalucía (PADA), en el que se oferta la asistencia bucodental a niños de edades comprendidas entre los 6 y 15 años, y en la Orden de 29 de noviembre de 2006, reguladora de la asistencia dental a personas con discapacidad severa en el Sistema Sanitario Público Andaluz. La salud buco-dental de mayores de 65 años se desarrolla desde el año 2006 y se integra en el Examen de Salud para mayores de 65 años.

#### FOMENTAR LA PARTICIPACION CIUDADANA EN LA PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y PROVISIÓN DE CUIDADOS.

Hay que destacar el trabajo de La Parra, D. (2001): "Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales", en Gaceta Sanitaria, a partir de los datos del Panel Europeo de Hogares para España de 1994, donde se concluye que la mayor probabilidad de convertirse en cuidador recae en las mujeres, las personas no ocupadas, las de menores ingresos y las de mayor edad. Además las mujeres, cuando están paradas o inactivas y tienen bajos ingresos son las que más altas dedicaciones tienen (por encima de 28 horas semanales) a la hora de atender a sus familiares. El trabajo de La Parra utiliza el nivel de ingresos como indicador de la posición socioeconómica del hogar, si bien señala que en otros países se han encontrado conclusiones similares en cuanto a clase social y probabilidad de convertirse en cuidador intensivo mirando la clase social ocupacional.

Por otro lado, García Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren (A.P. (2004): "El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad"), a partir de datos de diferentes encuestas, concluyen igualmente que son las mujeres de clases sociales más bajas, de menor nivel educativo y sin empleo las que constituyen el grueso de la atención informal a los dependientes. Las autoras de este artículo subrayan cómo la desigualdad de género y la de clase social en este caso aparecen estrechamente imbricadas. Las mujeres con más baja posición socioeconómica y educativa disponen, en efecto, de menos capacidad de acceso a recursos y servicios de ayuda y por ello de un menor margen de elección a la hora de decidir cómo atender a sus familiares cuando éstos lo requieren.

Bajo el objetivo de desarrollar, mediante un enfoque integrado de género, acciones que fomenten la equidad en salud de las personas que cuidan y de aquellas con elevada necesidad de cuidados, se pretende conducir al cuidado hacia el camino al que se dirigen todas las actuaciones promovidas en nuestro sistema sanitario en su conjunto: Posicionar a la ciudadanía como eje central, con un papel activo y participativo, reconocer y reforzar el desarrollo de profesionales y su papel protagonista, garantizar la sostenibilidad del sistema y fomentar un espacio compartido e integrador desde una organización sanitaria en continua transformación para adaptarse a una realidad cada vez más cambiante.

#### Líneas de actuación:

- \* Sensibilizar a la población de la necesidad de asumir un papel más proactivo y responsable sobre su participación y uso del sistema sanitario.
- \* "Establecer espacios de participación activa de la ciudadanía en la gestión, organización y provisión de los cuidados para la toma de las decisiones compartida.
- \* Desarrollar nuevos canales de participación efectiva que faciliten la comunicación con la ciudadanía (presenciales, telemáticos, telefónico...).
- \* Implementar procesos, procedimientos, instrumentos que hagan efectiva la consideración de que las personas son agentes autónomos, con capacidad para tomar decisiones sobre su salud.
- \* Identificar necesidades de formación en salud en colaboración con las organizaciones que trabajan con población en situación o riesgo de desigualdad.
- \* Establecer conjuntamente con los centros educativos y las familias programas de promoción de salud en la infancia.
- \* Asegurar el apoyo para la toma de decisiones compartidas: información, incorporación de valores y preferencias de la persona en las decisiones, formación para la toma de decisiones.
- \* Elaborar planes de cuidados personalizados y compartidos, en los que las personas adquieran compromisos



relacionados con su propio cuidado.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida**

#### **OO.1.1 Mejorar los cuidados domiciliarios de mayores y personas discapacitadas**

Identificación de pacientes crónicos que no asisten al centro sanitario e identificación de criterios para la valoración de ayudas específicas en pacientes crónicos.

##### **ACT.1.1.1 Intensificación de la actividad en domicilio**

Planificación de las visitas de los profesionales sanitarios a personas con enfermedades crónicas y con baja asistencia a las consultas.

##### **ACT.1.1.2 Mejora del suministro y mantenimiento de los materiales de ayuda en domicilio**

Identificación ajustada de criterios de asignación de recursos a las personas demandantes.

#### **OO.1.2 Facilitar la atención a las personas cuidadoras de Andalucía**

Planificación de medidas que aseguren una atención programada de las necesidades de salud de las personas cuidadoras.

##### **ACT.1.2.1 Identificación de personas cuidadoras de grandes discapacitados**

Acciones de sensibilización e información a familiares de personas dependientes en la responsabilidad del cuidado compartido.

##### **ACT.1.2.2 Incremento de la cobertura de personas con tarjeta +Cuidados**

Sensibilización a las personas del entorno familiar de personas dependientes, en el rol de los cuidados.

### **OE.2 Proteger y garantizar los derechos de salud, con especial atención a la población más vulnerable**

#### **OO.2.1 Mejorar la salud bucodental en la infancia, la juventud, personas mayores y con discapacidad**

Sensibilización en los centros sanitarios a las personas que acuden a consultas.

##### **ACT.2.1.1 Identificación de menores en el programa de salud bucodental**

Planificación de medidas que lleven a identificar a personas menores de edad que no han realizado consultas con salud Bucodental.

##### **ACT.2.1.2 Identificación de personas de 65 o más años con necesidades odontológicas**



Identificación durante las visitas programadas al centro sanitario de personas mayores de 65 años que puedan presentar alteraciones bucodentales.

**ACT.2.1.3 Identificación de personas con discapacidad con necesidades de atención bucodental**

Sensibilización e información a las familias de pacientes con discapacidad de la necesidad de revisiones bucodentales.

**OO.2.2 Facilitar la accesibilidad a los servicios de rehabilitación y fisioterapia**

Identificación de pacientes con déficit reversibles o estables susceptibles de aumentar su capacidad funcional.

**ACT.2.2.1 Impulso del acceso de pacientes a salas de rehabilitación y fisioterapia**

Planificación de citas adecuadas a las personas con déficit reversibles que mejoren la asistencia a las consultas.

**ACT.2.2.2 Fomento de la atención en domicilio por fisioterapeutas de sala y equipos móviles de rehabilitación**

Identificación de personas con procesos crónicos o discapacidad y que no puedan acudir de forma asidua a consultas.

**OO.2.3 Disponer de mayores recursos humanos para la atención de la infancia y la adolescencia en Unidades de Salud Mental Comunitaria**

Se trata de potenciar la atención de la infancia y la adolescencia en Unidades de Salud Mental Comunitaria a través de una mayor dotación de recursos humanos.

**ACT.2.3.1 Adecuación de los recursos humanos disponibles para mejorar los niveles de dedicación a la población infantil y adolescente**

Adecuación de los recursos humanos disponibles para equiparar los niveles de dedicación exclusiva a la población infantil y adolescente a los de la población adulta.

**ACT.2.3.2 Incremento del tiempo de dedicación de los profesionales no facultativos de las USMC en atención a la infancia y la adolescencia**

Incremento del tiempo de dedicación de los profesionales no facultativos de las Unidades de Salud Mental Comunitaria en la atención a la infancia y la adolescencia.

**OE.3 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

**OO.3.1 Mejorar la salud bucodental de las mujeres embarazadas**

Información y sensibilización a las mujeres embarazadas que acuden a consultas regladas de embarazo de la necesidad de revisión bucodental.



**ACT.3.1.1 Captación de mujeres embarazadas para el programa de salud bucodental**

Variación anual del total de mujeres que acuden al programa de salud bucodental.

**OO.3.2 Desarrollar acciones que fomenten la equidad en salud de las personas que cuidan y de aquellas con elevada necesidad de cuidados**

Desarrollar, mediante un enfoque integrado de género, acciones que fomenten la equidad en salud de las personas que cuidan y de aquellas con elevada necesidad de cuidados.

**ACT.3.2.1 Desarrollo de programas formativos de sensibilización en género y salud y corresponsabilidad sobre el cuidado familiar**

Desarrollo de programas formativos de sensibilización en género y salud y corresponsabilidad sobre el cuidado familiar para profesionales sanitarios. Se trata de acciones y/o sesiones formativas desarrolladas en el entorno familiar de personas dependientes.

**ACT.3.2.2 Desarrollo de sesiones de sensibilización en género y salud y corresponsabilidad sobre cuidado familiar en centros de secundaria**

Desarrollo de sesiones de sensibilización en género y salud y corresponsabilidad sobre el cuidado familiar en centros de Enseñanza Secundaria. Se trata de acciones y/o sesiones formativas desarrolladas en el entorno escolar.

**ACT.3.2.3 Desarrollo de intervenciones familiares orientadas hacia el cuidado compartido de pacientes inmovilizados**

Acciones formativas realizadas en el entorno familiar cercana con intervenciones de implicación de cuidados responsables.

**PROGRAMA 41B- FORMACIÓN SANITARIA, CONTINUA Y POSTGRADO**

**6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), la Formación Continuada es el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pre-grado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias).

En este sentido, la Comisión de Formación Continuada (CFC) define la Formación Continuada como el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional, una vez obtenida la titulación básica o de especialidad correspondiente. Está destinada a actualizar y mejorar la capacitación de una persona o grupo para hacer frente, de forma óptima, a las necesidades que plantea su ejercicio profesional (acuerdo de la Comisión de FC del SNS el 29 de julio de 1999. BOE nº 204 de 26 de agosto de 1999).

La formación continuada, la gestión del conocimiento y el desarrollo profesional forman parte del conjunto de elementos que mayor valor añadido aportan a un Sistema Sanitario Público de Calidad, formación que va dirigida a la totalidad de los profesionales del SSPA (sanitarios, no sanitarios y especialistas en formación).



Así mismo, se pone en marcha la Estrategia de las Políticas de Formación del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que se configura como un instrumento que promueve las competencias profesionales orientadas hacia las necesidades de salud y las demandas asistenciales y organizativas presentes y futuras; todo ello a través de métodos eficaces y eficientes, y de la integración de las distintas etapas formativas.

Junto con el desarrollo actual de los sistemas y tecnologías de la información y comunicación se abre un nuevo escenario de posibilidades que permite facilitar el acceso de los profesionales a la formación y a la consecución de los objetivos definidos, así como la explotación de la información sobre resultados de la formación en términos de calidad e igualdad entre los profesionales, para ello se cuenta con una herramienta novedosa de Gestión de la Formación (GESFORMA) mediante la que se gestiona, se evalúa y se realiza la detección de necesidades formativas. Próximamente se pondrá a disposición de los profesionales el módulo de gestión de actividades externas de formación, mediante el que todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud podrán solicitar la formación a realizar, y que es impartida por entidades ajenas al propio SAS.

El programa 41B incluye también los recursos destinados a impulsar la calidad de la formación de los especialistas internos residentes de Andalucía, a través del Programa Común Complementario para Especialistas Internos Residentes (PCCEIR), que persigue el enriquecimiento competencial de los profesionales con la inclusión de conocimientos, el desarrollo de habilidades y la promoción de actitudes que mejoren las condiciones para la posterior incorporación profesional de los especialistas en formación, acercándoles a la realidad de su entorno social y organizativo.

El estudio del entorno permite analizar la situación de la estructura para la formación establecida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), así como el dimensionamiento de los profesionales destinatarios de la formación: Personal Sanitario Facultativo (con un 50% de hombres y mujeres), Personal de Enfermería (con un 19% de hombres y un 81% de mujeres) y Personal no sanitario (con un 36% de hombres y un 64% de mujeres).

Cada Dirección de Plan Integral y/o Estrategia ha realizado detección de necesidades formativas, además de identificar, priorizar y proponer las actividades formativas que ha considerado fundamentales para impulsar el desarrollo profesional y la mejora de las competencias de los distintos grupos profesionales implicados. Así, se realiza el Plan Corporativo, que da respuesta a las necesidades reiteradas de los Centros, así como los estratégicos de cada Dirección General, teniendo el Programa Esencial, Avanzado y Experto.

Se busca potenciar el uso de metodologías docentes que permitan avanzar en una mayor eficacia y eficiencia en el aprendizaje como aprendizaje en el entorno de trabajo, aprendizaje por pares, la simulación, el portafolio, etc. (puesta por la innovación y la investigación en formación).

También se seguirá impulsando la Acreditación de Actividades de Formación Continuada, siguiendo el Modelo Andaluz de Acreditación de Formación Continuada. Dicho Modelo se basa en el Sistema de Acreditación regulado por la Comisión de Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios del Sistema Nacional de Salud (CFC).

La acreditación es el proceso mediante el cual se observa y reconoce de qué forma la atención prestada a la ciudadanía, en materia de salud, responde al modelo de calidad establecido, con la finalidad de favorecer e impulsar la mejora continua de instituciones, profesionales, formación, etc. En el ámbito formativo, tiene como propósito promover y reconocer la calidad de la formación que se destina a los profesionales sanitarios. En este sentido, la acreditación de las actividades dirigidas a profesionales sanitarios contribuye a esa mejora en la atención al ciudadano, valorando la calidad de la formación recibida.

Por su parte, la gestión de la Formación Especializada ha alcanzado una gran complejidad, debido a los factores socio-económico y culturales de nuestro entorno. Ello exige que nuestros centros sean verdaderas instituciones educativas, lo que obliga a nuevos modelos de organización, dedicando recursos específicos. La formación sanitaria especializada cuenta con una estructura propia a través de las Jefatura de Estudios y Comisiones de Docencia de los centros sanitarios; y la formación continuada también tiene referentes por centro, responsables de la gestión de la formación continuada en las unidades de formación y comisiones específicas para la planificación, el seguimiento y la evaluación.



El número de profesionales que integra el Servicio Andaluz de Salud se sitúa próximo a los 93.000, en el que el 70% son mujeres y el 30% son hombres. En este sentido, los valores previstos de participación de hombres y mujeres son equivalentes al peso de la Plantilla. Así, la participación prevista de los profesionales en las actividades formativas internas es del 79,9% en el caso de la mujeres, y del 29,1% en el de los hombres. Por su parte, la participación prevista de las mujeres en las actividades formativas externas es de un 67,65%, mientras que la de los hombres es de un 32,35%. Finalmente, la participación prevista de mujeres y hombres en las actividades de teleformación es de un 67,5% y 32,5% respectivamente. A pesar de lo anterior, aún existen bastantes actividades formativas donde la representación de la mujer es inferior al 40%, siendo objetivo de este programa buscar fórmulas que permitan alcanzar una participación igualitaria de los hombres y las mujeres de acuerdo con su peso relativo en la plantilla de las distintas áreas y/o centros de asistencia sanitaria que sean objeto de formación.

Es prioritario para la Organización, potenciar la calidad de la formación continuada, siguiendo los estándares establecidos por la Agencia de Calidad Sanitaria, así como contribuir al desarrollo competencial transversal de los Especialistas Internos Residentes. Además, es necesario promover, planificar y garantizar la igualdad de género en la formación, adaptando los sistemas de información existentes en los centros para el desarrollo, implantación, seguimiento y explotación de los mismos con perspectiva de género, y sensibilizando a todas las categorías profesionales del Servicio Andaluz de Salud a través de actividades formativas sobre igualdad de género.

Para conseguir el objetivo de igualdad en la formación, a lo largo de 2019 se promoverán actuaciones del siguiente tipo:

- \* Establecimiento y remisión a los centros de instrucciones nuevas sobre selección del alumnado con criterios de género.
- \* Análisis y seguimiento de las actividades formativas realizadas en las que el alumnado femenino sea inferior al 40%.
- \* Impulso de la estrategia para la implantación de un lenguaje inclusivo que promueva la visibilidad igualitaria de mujeres y hombres en el ámbito sanitario.
- \* Fomento de los sistemas de Información existentes en los centros para el desarrollo, implantación, seguimiento y explotación de los mismos con perspectiva de género. En particular, se promoverá el uso de GESFORMA como aplicación fundamental para la planificación y gestión de la formación, facilitando información desagregada por sexo que permitirá analizar y corregir situaciones de desigualdad.
- \* Sensibilización de todas las categorías profesionales del Servicio Andaluz de Salud a través de actividades formativas sobre género y salud.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Impulsar el conocimiento, la investigación y la innovación en salud**

#### **OO.1.1 Garantizar la actualización permanente de los/as profesionales del SAS**

Mediante la programación de actividades formativas que posibiliten su actualización de conocimientos.

##### **ACT.1.1.1 Impulso de la participación de los/as profesionales del SAS en actividades, internas, externas y de teleformación**

Posibilitando la asistencia y participación mediante la autorización de los permisos correspondientes.

#### **OO.1.2 Mejorar la calidad de la formación continuada a través del Sistema GESFORMA**

GESFORMA SSPA es la aplicación que gestiona los procesos de planificación, ejecución, evaluación,



certificación y control presupuestario de las actividades formativas de los Centros sanitarios y administrativos del SSPA.

**ACT.1.2.1 Gestión de las necesidades formativas a través de GESFORMA**

Desarrollar el proceso de detección de necesidades formativa a través de esta aplicación mediante la participación de los profesionales.

**ACT.1.2.2 Elaboración de los Planes de Formación a través de GESFORMA**

Analizadas las necesidades detectadas, darán lugar a la propuesta de los planes de formación desarrollando en la aplicación programas concretos de formación.

**OO.1.3 Incrementar un 10% el número de actividades formativas acreditadas por ACSA**

Fomentar la acreditación de actividades formativas de profesionales sanitarios a través de ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía).

**ACT.1.3.1 Impulso al reconocimiento de la calidad de las acciones formativas destinadas a los profesionales sanitarios**

Mediante la motivación y el fomento de la acreditación de actividades formativas destinadas a los profesionales sanitarios.

**OO.1.4 Desarrollar el programa de formación de los Especialistas Internos Residentes**

Mediante el seguimiento de las instrucciones dictadas desde la Consejería de Salud y Familias.

**ACT.1.4.1 Ejecución de los programas formativos en competencias transversales y específicas de los EIR**

Ejecución de aquellos programas formativos que específicamente se asignen desde la Consejería de Salud y Familias.

**OE.2 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

**OO.2.1 Contribuir a la igualdad de género en formación continuada**

Es necesario garantizar la igualdad de género en la formación continuada, adaptando los sistemas de información existentes y sensibilizando a todas las categorías profesionales del Servicio Andaluz de Salud a través de actividades formativas sobre igualdad de género.

**ACT.2.1.1 Establecimiento de instrucciones nuevas de selección del alumnado con criterios de género**

Establecimiento y remisión a los centros de instrucciones nuevas sobre selección del alumnado, para alcanzar una participación igualitaria de los hombres y las mujeres de acuerdo con su peso relativo en la plantilla de las distintas áreas y/o centros de asistencia sanitaria que sean objeto de formación.



**ACT.2.1.2 Análisis y seguimiento de las actividades formativas realizadas en las que el alumnado femenino sea inferior al 40%**

Analizar los motivos de aquellas actividades en las que no se cumple el % establecido, para su corrección.

**PROGRAMA 41C- ATENCIÓN SANITARIA**

**6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

Este programa es responsabilidad de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, y tiene como finalidad desarrollar el servicio público de Atención Sanitaria prestado por el Servicio Andaluz de Salud, tanto en el ámbito de atención primaria como hospitalaria, dándole a ambas una orientación permanente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud sensible a las diferencias existentes en el proceso salud/enfermedad de mujeres y hombres y de grupos con necesidades específicas.

Los elementos básicos del marco estratégico que sustenta la política de salud para los próximos años, se enmarca dentro del IV Plan Andaluz de Salud y la actual estrategia de calidad, el Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y los compromisos adquiridos y las líneas generales de actuación expresadas en el Contrato Programa de la Consejería con el SAS.

Para el ejercicio 2019 se ha realizado un importante análisis de situación que ha llevado a orientar la Estrategia de la Asistencia Sanitaria que afecta al Programa 41C entorno a ocho objetivos estratégicos. Dos de ellos aparecen como novedad en este ejercicio y un tercero recibe un gran impulso.

Un primer objetivo estratégico sitúa a la atención primaria como eje vertebrador del sistema sanitario, estructurándose a su vez en siete objetivos operativos que reflejan la gran apuesta de la organización para su consecución.

La segunda novedad se encuentra en el objetivo estratégico que persigue favorecer la estabilidad y la recuperación de los derechos de los profesionales. Desde la aparición de la crisis económica, el sistema sanitario público y, en particular, sus profesionales, tuvieron que afrontar importantes restricciones económicas sin abandonar ninguno de los servicios públicos prestados. Es hora de trabajar en esta recuperación de la forma más racional y con una mayor garantía de equidad para la ciudadanía. Para ello, se pretende elaborar un Plan Estratégico de Recursos Humanos que tenga su reflejo en todos los centros sanitarios.

La tercera novedad se relaciona con el impulso del ya existente objetivo estratégico: "conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población". Para ello, se pretende contar con un Mapa de la Igualdad de Género y Resultados en Salud, como resultado de un conjunto de actuaciones coordinadas con el conjunto de los responsables de los diferentes programas sanitarios, entre otras actuaciones. Este Mapa deberá servirnos para orientar los objetivos operativos a definir en los próximos ejercicios, obteniendo la máxima eficacia y eficiencia en los procesos dirigidos a conseguir la igualdad efectiva.

Por último, resaltar el importante esfuerzo que se está realizando para que la perspectiva de género se refleje, con carácter transversal, en el conjunto de objetivos estratégicos, y no sólo en el suyo propio.

**OE 1 Situar la Atención Primaria de Salud como el eje vertebrador del Sistema Sanitario Público de Andalucía.**

Bajo este objetivo estratégico se pretende, además de garantizar la actividad de consultas en los centros (68.522.273 en 2017) o visitas domiciliarias necesarias (3.811.213 en 2017), realizar un esfuerzo por ajustar las cargas de actividad de los equipos, revisando la población de cobertura (cupos) que corresponde a cada uno, y teniendo en cuenta variables como la edad, el sexo y la complejidad de los pacientes.

También se pretende una mejora de la accesibilidad al sistema por parte de la ciudadanía a través de una mejor organización de los equipos (1 profesional de medicina, 1 profesional de enfermería). Este incremento de los



profesionales de enfermería permitirá que se realice una gestión compartida de sus pacientes, consiguiendo una mayor eficacia, eficiencia y calidad en la respuesta. Se impulsa también una mejora en el acceso a la información clínica de los pacientes por parte de los equipos a través de plataformas (IMPAS) o a la Base Poblacional de Salud, lo que permitirá ampliar las posibilidades de análisis e investigación de los profesionales.

Por último, se abre el acceso, por parte de los equipos de Atención Primaria, a una más amplia cartera de pruebas diagnósticas, igual para todos los centros.

Todo ello requerirá, además, de una importante inversión tecnológica: tablets para los equipos domiciliarios, nuevas ambulancias para los traslados y la atención urgente, y planes de formación continua, para actualizar y desarrollar las competencias necesarias para el uso de tecnologías que están ahora al alcance de todos, como la ecografía.

### OE 2 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida.

La mejora en el bienestar y la calidad de vida de las personas requiere garantizar la atención hospitalaria y urgente necesaria (3.489.641 urgencias hospitalarias en 2017) y, además, a partir del análisis de los determinantes de salud que actúan en la aparición de las enfermedades y de la mayor evidencia existente en cuanto a abordaje y tratamientos, es necesario ver con perspectiva hacia dónde se tiene que caminar para subvertir tendencias y cambios en los entornos que disminuyan la incidencia y aminore los efectos de las enfermedades. La herramienta utilizada en el sistema y que se muestra como la más eficaz, ha sido el desarrollo de 18 Planes Integrales o de Salud para las enfermedades más prevalentes (cardiopatías, oncología, diabetes, obesidad infantil, etc.). En 2019 el esfuerzo se centrará en hacer aterrizar éstos al ámbito local y así percibirse de forma más intensa y efectiva por parte de la población, al conocerse y abordarse la variabilidad en las distintas poblaciones. Para ello, se elaborarán 450 Planes Integrales Operativos Locales para cada uno de los centros, que contarán con un análisis de situación que tenga en cuenta la variable sexo y, posteriormente, se definirán 450 actuaciones que persigan como objetivo la disminución de las diferencias de los resultados en salud debidas al género, y a otros factores.

También se avanza en esta perspectiva de género en aquellos planes sobre enfermedades en las que ya podamos evidenciar diferencias. Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Plan Integral de Salud Mental o Plan Integral de Oncología son algunos de los planes en los que se priorizarán los esfuerzos para avanzar en el análisis y mejora de los factores que inciden en la detección precoz y en la mejora de los resultados en salud con perspectiva de género.

### OE 3 Proteger y garantizar los derechos de salud, con especial atención a la población más vulnerable.

Para avanzar en la igualdad en cuanto a protección y garantía de los derechos de salud, teniendo siempre en cuenta la población más vulnerable, se han articulado diversas actuaciones entorno a la siguiente población: personas menores, personas mayores, mujeres víctimas de la violencia de género, personas migrantes y aquellas que padecen alguna discapacidad. Estas actuaciones irán dirigidas a garantizar las inmunizaciones de toda la población (704.279 inmunizaciones en 2017), mejorar la organización y la formación para la atención de las mujeres víctimas de la violencia de género y de sus hijos e hijas, y fomentar la formación de profesionales en detección y abordaje del maltrato infantil.

Se trabajará en hacer más accesibles las consultas adaptadas de ginecología para las mujeres que sufren alguna discapacidad (circuitos incorporados en el 100% de los planes de accesibilidad de los centros) y también en conseguir que cualquier mujer inmigrante embarazada en situación irregular (al menos 80%), tenga un seguimiento de todo el proceso de embarazo. Se va a seguir incrementando el número de Grupos Socio educativos (GRUSE) tanto para hombres como para mujeres (al menos 3.140 personas en 2017), así como los planes específicos para las Zonas de Transformación Social que tengan en cuenta las poblaciones más vulnerables dentro de ellas y la perspectiva de género.

Las vacunas son unos de los pilares más importantes y con mayor impacto en la salud de la ciudadanía. Dado



que el calendario vacunal es un instrumento dinámico, sujeto a cambios y recomendaciones, avalado por la investigación médica, en el pasado año se incorporaron nuevas vacunas y se redistribuyeron las pautas que recogen dicho calendario de vacunación. Por este motivo, queremos afianzar en 2019 la consolidación de los nuevos cambios, así como impulsar la vacunación en aquellas Zonas con Necesidades de Transformación Social, dada su vulnerabilidad y posibilidad de constituir un foco de deficiente inmunización.

También apostamos por seguir aumentando la vacunación en personas mayores, como población vulnerable por sus condicionamientos y frecuentes enfermedades añadidas.

Se realizará un esfuerzo por seguir incrementando los diagnósticos de salud en las personas mayores de 65 años y la incorporación de éstas en programas de envejecimiento activo, con una gran trascendencia en los resultados en salud de los mayores y en la sostenibilidad del sistema.

Se afrontará la realización de planes específicos en el 100% de las Zonas con necesidades de Transformación Social. Con este objetivo, se pretende consolidar la atención diferenciada a la población que habita en territorio especialmente vulnerable. Para 2019 se propone incidir en aquellos colectivos en los que existe una mayor desigualdad, incluyendo la desigualdad desde la perspectiva de género. Se seguirá potenciando la participación de los hombres en los Grupos Socioeducativos, donde se viene trabajando, entre otros aspectos, la perspectiva de género.

Por su parte, la población menor sigue siendo uno de los principales focos de impulso a través de la formación para la detección y actuación frente a las situaciones de abuso y maltrato a los menores (50 cursos: uno en cada uno de los centros).

Para avanzar en la accesibilidad universal se diseñan planes de accesibilidad en todos los centros, resaltando los circuitos de consultas de ginecología y obstetricia adaptadas para mujeres con discapacidad.

#### OE 4 - Adaptar funcionalmente las estructuras asistenciales para contribuir a la sostenibilidad social del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El sistema sanitario público de Andalucía concierta con empresas sanitarias privadas servicios para dar respuesta a situaciones puntuales de necesidad o para responder a situaciones que requieren una respuesta estructural más lenta (en 2017: 161.346 urgencias, 434.480 sesiones de hemodiálisis, etc.). Se concierta asistencia de urgencias, estudios con determinadas técnicas diagnósticas, tratamientos de hemodiálisis o rehabilitación. Uno de los retos a los que nos enfrentamos es a la mejora de los sistemas de información sobre la actividad desarrollada por los servicios concertados. Por ello, además del seguimiento del número de pacientes, se pretende tener ya información de todas estas actividades desagregadas por sexo.

#### OE 5 Avanzar en la calidad asistencial con la finalidad última de la mejora de los resultados en salud, con el protagonismo de los equipos profesionales y la participación de la ciudadanía.

El aumento de la complejidad de las Organizaciones Sanitarias y la búsqueda permanente de modelos de gestión y desarrollo profesional, que den respuestas costo-eficientes y efectivas a los problemas de salud de la ciudadanía, hace necesario que, en este momento, las organizaciones sanitarias desarrollen diferentes modelos de ordenación de los cuidados, incorporando nuevos perfiles (enfermeras con prácticas avanzadas en heridas crónicas complejas, en cuidados oncológicos, etc.) y roles para la enfermería (líderes en gestión de cuidados).

Desde 2016, se ha venido desarrollando un pilotaje de la EPA (Enfermera de Práctica Avanzada) en Heridas Crónicas Complejas, disminución del gasto farmacéutico en apósitos, disminución de derivaciones a especialistas hospitalarios con resultados muy prometedores, disminución del número de desbridamiento quirúrgico y un acortamiento de los meses de curación de la herida.

Ante estos resultados, estamos en disposición de extender esta práctica a todas las áreas sanitarias de Andalucía, situándola en Atención Primaria o en Hospitales, lo que supone la incorporación de 22 profesionales a este nuevo rol.



En 2017 comenzamos el pilotaje de la EPA en cuidados oncológicos a demanda de las personas con cáncer que reclamaban un profesional de referencia durante su proceso en el ámbito hospitalario.

El objetivo es implantar este rol profesional en todos los Hospitales Regionales y de Especialidades (12).

Actualmente la organización y el funcionamiento de los hospitales deben estar claramente orientados hacia las necesidades de la ciudadanía, prestando especial interés en la interdisciplinariedad, lo que implica inevitablemente que todos los miembros del equipo de salud deben sentirse involucrados en la gestión de los procesos de los que forman parte.

Con el fin de garantizar una oferta de cuidados excelentes, centrados en las necesidades y expectativas de las personas que atendemos, e incorporar con éxito nuevos modelos organizativos y estrategias para el avance de los cuidados, consideramos que es prioritario reorientar los perfiles de gestión de cuidados y del conjunto de competencias necesarias para la planificación, organización y evaluación de la provisión de los cuidados, para que sean oportunos, seguros, integrales, continuos y basados en la mejor evidencia disponible.

Nuestro objetivo es generar un modelo de liderazgo para garantizar una oferta de cuidados de calidad centrados en las personas que atendemos e incorporar con éxito nuevos modelos organizativos y nueva formación que contribuya a mejorar la satisfacción y la motivación profesional, así como estrategias para el avance del cuidado en el SSPA.

También queremos mejorar los medios diagnósticos y los protocolos de la condición fetal para alcanzar el porcentaje de cesáreas adecuado (15%).

Finalmente, la mejora de la atención a la ciudadanía requiere incorporar nuevas herramientas de medición de la calidad de vida por medio de cuestionarios (en 2019 el 80% de los centros sanitarios contarán al menos con uno realizado), además de alguna escuela de pacientes en el 100% de los centros y un Plan de mejora de Atención a la ciudadanía.

### OE 6 Impulsar el conocimiento, la investigación y la innovación en salud.

Se sigue potenciando el apoyo tanto de la actividad investigadora en general como de aquella que tiene que realizarse en el ámbito de la atención familiar y comunitaria de atención primaria, que nos permita avanzar en el estudio de los determinantes sociales de la enfermedad, así como en el desarrollo de medidas eficaces con el máximo aprovechamiento de los recursos comunitarios. También se resalta la importancia de abordar investigaciones donde se tengan en cuenta tanto los factores determinantes de la salud como la perspectiva de género del tema investigado.

### OE 7 Favorecer la estabilidad y la recuperación de los derechos de los profesionales.

Con la finalidad de avanzar en la estabilidad de los profesionales y la recuperación de sus derechos se abordan, entre otras actuaciones, el incremento neto de las contrataciones o el incremento de las contrataciones de larga duración para la atención primaria (alineándose con el primer objetivo estratégico de impulsar la atención primaria como eje vertebrador del SSPA).

Por otro lado, es importante seguir avanzando en los estudios de necesidades de profesionales en función de estándares de calidad como el estudio de estándares de ratios pacientes/enfermera, así como conseguir un Mapa de la enfermería a nivel hospitalario.

### OE 8 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población.

El principal objetivo operativo que se aborda en este apartado afecta de manera transversal a la totalidad de la actividad asistencial sustentada por el programa presupuestario 41C. Así, se constituye una Comisión de Género y Resultados en Salud con la participación de los principales responsables de los programas sanitarios incluidos en el Programa Presupuestario 41C. Esta Comisión permitirá articular el conjunto de iniciativas que consigan



elaborar el Mapa de Igualdad de Género y Resultados en Salud, a través de la mejora de los sistemas de información y del análisis que se realiza, por parte de los responsables de los programas, de las diferencias existentes por sexo en cada uno de ellos (qué diferencias se pueden mejorar y cómo). Para la elaboración de este Mapa se consensuará una metodología para el diagnóstico de situación que se aplicará a todos y cada uno de los programas. También se pondrá en marcha un catálogo de sistemas de información con respecto a la variable género, incorporándose la variable sexo en sistemas de información que afectan a menores y a servicios concertados.

En segundo lugar, se trabajará en garantizar la cobertura de los permisos para los derechos de conciliación de la vida familiar de las personas que trabajan en el sistema. El género tiene un doble condicionante, uno social (el cuidado como trabajo doméstico: hijos y mayores) y otro laboral, (que tiene que ver con la turnicidad o desarrollo laboral). Esta situación va creando un lecho de estrés, que impacta también en el absentismo laboral y en el abandono profesional entre otros aspectos. Se va a trabajar en la elaboración de criterios y estándares por áreas asistenciales hospitalarias para la sustitución por cuidados familiares, así como un diagnóstico de situación en un primer lugar, para posteriormente establecer objetivos que garanticen la cobertura de estos permisos, concedidos en un 90% de los casos a mujeres.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Situar la Atención Primaria de Salud como el eje vertebrador del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

#### **OO.1.1 Garantizar la prestación de la asistencia sanitaria en Atención Primaria**

Facilitando una mejora de la accesibilidad al sistema, organización de equipos profesionales (1 profesional Enfermería y 1 profesional Medicina) y revisión de la población de cobertura (cupos) que corresponde a cada equipo de profesionales.

##### **ACT.1.1.1 Consultas en Atención Primaria**

Número total de consultas atendidas en Atención Primaria.

##### **ACT.1.1.2 Prestación de atención primaria domiciliaria y en el centro de salud**

La atención sanitaria se realizará tanto en domicilios como en los centros de salud, según determine el estado de los pacientes.

#### **OO.1.2 Impulsar una Atención Primaria vertebradora real de toda la atención y agente de salud del paciente**

La Atención Primaria es la base del sistema sanitario, siendo necesaria su potenciación.

##### **ACT.1.2.1 Uso de la Plataforma IMPAS para el acceso de los profesionales a información sobre sus pacientes**

Los profesionales podrán acceder a la información clínica sobre sus pacientes, ampliándose las posibilidades de análisis de datos e investigación.

##### **ACT.1.2.2 Mejora de la accesibilidad a los profesionales de referencia del equipo de Atención Primaria**



Posibilidad de solicitar asistencia mediante Salud Responde y página web.

**OO.1.3 Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional**

Desarrollar activamente una atención personalizada y poblacional, en función de la vulnerabilidad del paciente y sus especiales características y necesidades

**ACT.1.3.1 Gestión compartida de la demanda**

El equipo de profesionales gestiona conjuntamente la demanda del cupo asignado.

**OO.1.4 Profundizar en los valores esenciales que han hecho de la Atención Primaria un referente social en salud**

Los equipos profesionales permitirán una asistencia integral a los pacientes.

**ACT.1.4.1 Utilización de los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC) como instrumento de acuerdo de objetivos en todas las UGC de AP**

Definidos de los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC), servirán de punto de partida para definir, a su vez, los objetivos en todas las UGC.

**ACT.1.4.2 Avance en la realización de actividades de prevención y promoción**

La realización de actividades de prevención y promoción de la salud redundará en beneficios para el conjunto de la ciudadanía.

**OO.1.5 Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica, y analizar la "Base Poblacional de Salud"**

Evaluar y disminuir la variabilidad injustificada de la práctica clínica, y analizar la "Base Poblacional de Salud", que constituye un instrumento para la mejora de la práctica asistencial. Se profundizará en la elaboración de protocolos de actuación.

**ACT.1.5.1 Acceso de profesionales de las UGC a la base poblacional de salud o sistemas de clasificación y complejidad de pacientes**

Acceso de profesionales de las UGC a la base poblacional de salud (BPS) o sistemas de clasificación y complejidad de pacientes (ACG) para ampliar las posibilidades de análisis de datos e investigación.

**ACT.1.5.2 Implantación del Catálogo de pruebas diagnósticas SSPA.AP. Implantación**

Diseñado y pensado para dar apoyo clínico a las UGC de Atención Primaria.

**OO.1.6 Desarrollar el Proyecto Estratégico de Alta Resolución Diagnóstica y Terapéutica en Atención Primaria**



Desarrollar el Proyecto Estratégico de Alta Resolución Diagnóstica y Terapéutica en Atención Primaria, cuyo objetivo es favorecer el acto único, evitar consultas innecesarias y mejorar los tiempos de respuesta a nuestros pacientes.

**ACT.1.6.1 Dotación de Tablets para atención en desplazamientos**

La utilización de tablets en la asistencia en domicilios facilitarán el acceso al historial clínico del paciente.

**ACT.1.6.2 Dotación de ambulancias prevista en el Plan de Atención de Urgencias y Emergencias (PAUE)**

La dotación de nuevas ambulancias, equipadas con un alto nivel tecnológico, para los traslados y la atención urgente, facilitaran la asistencia sanitaria.

**OO.1.7 Incrementar la resolución diagnóstica y terapéutica de los profesionales de Atención Primaria**

Acceso a una amplia cartera de pruebas diagnósticas para los/as profesionales de Atención Primaria.

**ACT.1.7.1 Promoción de la formación en ecografía básica y avanzada de los profesionales de AP**

Cursos de formación en ecografía básica y avanzada de los/as profesionales de Atención Primaria.

**ACT.1.7.2 Potenciación de la cartera de servicios de atención primaria**

Potenciación de la cartera de servicios de atención primaria, asegurando la oferta de servicios de cirugía menor, planificación familiar de segundo nivel, con especial atención a uso de métodos anticonceptivos de larga duración (DIUs, implantes anticonceptivos), infiltraciones y teledermatología

**OE.2 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida**

**OO.2.1 Garantizar la prestación de la asistencia sanitaria en Atención Hospitalaria.**

**ACT.2.1.1 Cobertura de las necesidades en farmacia hospitalaria**

**ACT.2.1.2 Potenciación de la actividad del hospital de día quirúrgico**

**ACT.2.1.3 Refuerzo de las pruebas diagnósticas y terapias hospitalarias**

**OO.2.2 Garantizar la prestación de la asistencia sanitaria en Urgencias**



**ACT.2.2.1 Optimización de los recursos operativos disponibles**

**ACT.2.2.2 Consolidación de la Historia Digital de Salud**

**OO.2.3 Desarrollar planes integrales operativos locales priorizados**

Elaboración de 450 planes integrales operativos locales.

**ACT.2.3.1 Inclusión de la variable sexo en el análisis de situación de los Planes Integrales Operativos**

Todos los Planes Integrales Operativos incluirán la variable sexo.

**ACT.2.3.2 Promoción de iniciativas de mejora de los Planes Integrales Operativos Locales enfocadas a la perspectiva de género**

**OO.2.4 Avanzar en el desarrollo de los planes integrales con perspectiva de género**

Se priorizarán los Planes Integrales de Salud Mental, Enfermedades Cardiovasculares y de Oncología.

**ACT.2.4.1 Disminución de horas totales de contención mecánica de pacientes en las Unidades Hospitalarias de Salud Mental de referencia**

PLAN INTEGRAL SALUD MENTAL Disminución de horas totales de contención mecánica (CM) de pacientes en las Unidades Hospitalarias de Salud Mental de referencia respecto al año anterior por sexo.

**ACT.2.4.2 Mejora del porcentaje de tratamientos de fibrinólisis endovenosas en pacientes con ictus isquémico**

Plan andaluz de atención al Ictus. Mejora del porcentaje de tratamientos de fibrinólisis endovenosas en pacientes con ictus isquémico

**ACT.2.4.3 Mejora del porcentaje de hemorragias en pacientes con ictus isquémico tratados con fibrinólisis**

Plan andaluz de atención al Ictu. Porcentaje de hemorragias endovenosas secundarias a fibrinólisis desagregada por sexo y aumento del porcentaje de hemorragias en pacientes con ictus isquémico tratados con fibrinólisis.



**ACT.2.4.4 Análisis de la variabilidad por sexo de necesidades de cuidados paliativos**

Se integra el análisis de la variabilidad por sexo dentro del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (PACPA).

**ACT.2.4.5 Mejora de la cobertura de pacientes identificados con necesidad de cuidados paliativos**

Plan Andaluz de Cuidados Paliativos. Mejora de la cobertura de pacientes identificados con necesidad de cuidados paliativos según los criterios de MacNamara+ código CIE-9 V66.7, incluido exitus.

**ACT.2.4.6 Análisis de pacientes con SCACEST con tratamiento de Fibrinolisis o Angioplastia primaria incluidos en ARIAM-Andalucía**

PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS DE ANDALUCÍA. Análisis de pacientes con SCACEST con tratamiento de Fibrinolisis o Angioplastia primaria incluidos en ARIAM-Andalucía.

**ACT.2.4.7 Análisis de pacientes con SCACEST con tratamiento angioplastia primaria incluidos en ARIAM-Andalucía**

PICA. Análisis de pacientes con SCACEST con tratamiento angioplastia primaria incluidos en ARIAM-Andalucía.

**ACT.2.4.8 Prevención de Ingresos por amputaciones mayores no traumáticas de miembros inferiores, sobre población con diabetes de Andalucía**

PLAN INTEGRAL DE DIABETES MELLITUS. Prevención de Ingresos por amputaciones mayores no traumáticas de miembros inferiores, sobre población con diabetes de Andalucía. Tasas ajustadas por edad.

**ACT.2.4.9 Impulso de exploraciones realizadas por las mujeres invitadas a participar en el programa de detección precoz del cáncer de mama**

Impulso en la captación de las mujeres susceptibles de participar en el programa.

**ACT.2.4.10 Mejora de los tiempos de realización de colonoscopias solicitadas desde el PDPCC en hombres y mujeres**

Mejora de los tiempos de realización de colonoscopias solicitadas desde el PDPCC en hombres y mujeres. PIOA. Tasa de realización de colonoscopias solicitadas desde el PDPCC en el año y realizadas en un tiempo inferior a 30 días desde la solicitud desagregadas por sexo.

**OE.3 Proteger y garantizar los derechos de salud, con especial atención a la población más vulnerable**

**OO.3.1 Reducir la brecha de género de los Grupos Socioeducativos (GRUSE)**



Fomentar la participación de hombres en los Grupos Socioeducativos (GRUSE).

**ACT.3.1.1 Promoción de los GRUSE hombres**

Captación activa hombres en los Grupos Socioeducativos (GRUSE).

**ACT.3.1.2 Incentivación a las personas que inicien un GRUSE para que lo finalicen**

.

**ACT.3.1.3 Extensión de su implantación en el ámbito de las UGC de Atención Primaria**

Fomentar la creación de Grupos Socioeducativos (GRUSE).

**OO.3.2 Aumentar la sensibilización hacia las víctimas de violencia de género**

Mejorar la formación y la organización para la atención de las víctimas de violencia de género.

**ACT.3.2.1 Impulso de las sesiones formativas en materia de violencia de género entre los profesionales sanitarios**

.

**ACT.3.2.2 Existencia de Comisiones interdisciplinarias activas contra la violencia de género**

.

**OO.3.3 Incrementar en un 5% el número de personas incluidas en el programa de envejecimiento activo**

Captación de las personas mayores de 65 años para el programa de envejecimiento activo.

**ACT.3.3.1 Diagnóstico y categorización de necesidades de las personas mayores de 65 años**

Incrementar los diagnósticos de salud de las personas mayores de 65 años.

**OO.3.4 Realizar el 100% de los planes específicos de actuación para personas en Zonas con Necesidades de Transformación Social**

Realizar el 100% de los planes específicos de actuación para las personas que viven en Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS) y consolidar la atención diferenciada a la población de estas zonas.

**ACT.3.4.1 Elaboración de planes de intervención en ZNTS**

.

**ACT.3.4.2 Asesoramiento sobre hábitos saludables a los centros educativos en las ZNTS inscritos en**



**el programa Forma Joven**

**ACT.3.4.3 Incorporación de actuaciones que incidan en la reducción de las desigualdades de género en los planes específicos de ZNTS**

**ACT.3.4.4 Incorporación de actuaciones para reducir desigualdades y mejorar los servicios sanitarios en ZNTS con mayor vulnerabilidad**

Incorporación de actuaciones orientadas a reducir las desigualdades y mejorar su acceso a los servicios sanitarios en los planes específicos de ZNTS en los que exista un mayor porcentaje de población vulnerable (especialmente población inmigrante sin regularizar y población gitana).

**OO.3.5 Impulsar la prevención en la infancia y la adolescencia**

Impulsar la prevención en la infancia y la adolescencia mediante: Plan de Atención Perinatal, Atención temprana, Salud infantil y adolescente, Plan salud Bucodental, Forma Joven.

**ACT.3.5.1 Fomento de la formación específica para la detección y notificación del abuso y maltrato en la infancia**

Realización de 50 cursos de formación (uno por centro).

**OO.3.6 Garantizar las Inmunizaciones en la población**

Fomentar la vacunación en mayores, población vulnerable y grupos de riesgo.

**ACT.3.6.1 Consolidación de la vacunación infantil frente a la enfermedad neumocócica**

**ACT.3.6.2 Consolidación de la vacunación infantil frente a la varicela**

**ACT.3.6.3 Incremento de las coberturas de vacunación Antigripal en personas de más de 65 años de edad**

**ACT.3.6.4 Consolidación de la vacunación infantil frente a Sarampión; rubeola y parotiditis en las ZNTS**



**OO.3.7 Mejorar la accesibilidad universal**

Diseño de planes de accesibilidad en todos los centros.

**ACT.3.7.1 Difusión de los recursos adaptados para mujeres con discapacidad a profesionales, pacientes y asociaciones**

**ACT.3.7.2 Seguimiento de la incorporación en el proceso de embarazo, parto y puerperio de las mujeres inmigrantes vulnerables**

Intentar conseguir al menos el 80% de seguimiento de las mujeres inmigrantes vulnerables.

**OE.4 Adaptar funcionalmente las estructuras asistenciales para contribuir a la sostenibilidad social del sistema sanitario**

**OO.4.1 Garantizar la prestación de la asistencia sanitaria a través de centros hospitalarios concertados**

**ACT.4.1.1 Mejora de las unidades de urgencias en hospitales concertados**

**ACT.4.1.2 Refuerzo de las pruebas diagnósticas, terapias e intervenciones quirúrgicas en hospitales concertados**

**ACT.4.1.3 Desagregación por sexo de la información sobre actividad concertada**

**OO.4.2 Invertir en servicios de alta tecnología en al menos 10 centros hospitalarios de Andalucía**

**ACT.4.2.1 Mejora del servicio de mantenimiento del equipamiento electromédico de alta tecnología en centros sanitarios públicos**

**ACT.4.2.2 Adquisición de equipamiento de alta tecnología destinado al Plan de Oncología Integral de**



**Andalucía**

**OE.5 Avanzar en la calidad asistencial con la finalidad última de la mejora de los resultados en salud**

**OO.5.1 Mejorar la calidad asistencial en la asistencia hospitalaria**

Reorientar los perfiles de gestión de cuidados y del conjunto de competencias necesarias para la planificación, organización y evaluación de la provisión de cuidados.

**ACT.5.1.1 Mejora del proceso de Alta hospitalaria**

Inclusión de los pacientes que lo necesiten en el Plan de Telecontinuidad de Cuidados al Alta hospitalaria.

**ACT.5.1.2 Fomento de la calidad asistencial a partir de la optimización de la estancia hospitalaria**

**OO.5.2 Aumentar el número de centros sanitarios que realizan actividades de participación ciudadana**

Aumentar el número de centros sanitarios que realizan actividades de participación ciudadana contempladas en el Plan de actuación: cuestionarios de medición de calidad de vida, escuela de Pacientes y un plan de Mejora de Atención a la Ciudadanía.

**ACT.5.2.1 Fomento de la presencia de los centros sanitarios del SSPA en redes sociales**

**ACT.5.2.2 Impulso de la suscripción de convenios de colaboración y voluntariado**

**OO.5.3 Aumentar la implantación de las competencias avanzadas en enfermería incorporando nuevos roles**

Reorientar los perfiles de gestión de cuidados en Enfermería.

**ACT.5.3.1 Incorporación del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas complejas a los equipos asistenciales de AP**

Incorporación del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA) en Heridas Crónicas complejas a los equipos asistenciales de Atención Primaria o atención hospitalaria de cada área sanitaria.

**ACT.5.3.2 Incorporación del rol de Enfermera de Práctica Avanzada en cuidados oncológicos a las UGC de oncología de hospitales de nivel 3**



**ACT.5.3.3 Incorporación del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada en cuidados a personas con ostomías en los hospitales**

**ACT.5.3.4 Incorporación del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada de personas con tratamientos complejos en diabetes a los hospitales**

Incorporación del rol de la Enfermera de Práctica Avanzada de personas con tratamientos complejos en diabetes a los hospitales con dispositivos de hospital de día.

**ACT.5.3.5 Incorporación de Enfermeras Especialistas en Salud Mental según catálogo de puestos definidos**

Incorporación de Enfermeras Especialistas en Salud Mental según catálogo de puestos definidos para las unidades de ámbito comunitario y hospitalario.

**OO.5.4 Reorientar el rol de cargos intermedios de enfermería de las UGC hospitalarias hacia el rol de Líderes en Gestión de cuidados**

**ACT.5.4.1 Formación de Cargos Intermedios de Enfermería en Gestión de Cuidados**

**OO.5.5 Disminuir el número de cesáreas practicadas**

Mejorando los medios de diagnóstico y los protocolos de la condición fetal.

**ACT.5.5.1 Mejora de los medios diagnósticos de la condición fetal y de los protocolos establecidos para cada situación**

**ACT.5.5.2 Establecimiento de un objetivo de reducción de cesáreas practicadas en los contratos programa de los centros hospitalarios**

Porcentaje de cesáreas adecuado 15%.

**OO.5.6 Mejorar la atención a la Ciudadanía**

Aumentar el número de centros sanitarios que realizan actividades de participación ciudadana contempladas en el Plan de actuación: cuestionarios de medición de calidad de vida, escuela de Pacientes y un plan de Mejora de Atención a la Ciudadanía.



**ACT.5.6.1 Incorporación de la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud por parte de la Ciudadanía**

El 80% de los centros debe haber realizado uno.

**ACT.5.6.2 Promoción de las Escuela de Pacientes**

Escuela de Pacientes en el 100% de los centros.

**ACT.5.6.3 Mejora del funcionamiento y potenciación de las Unidades de Atención a la Ciudadanía (UAC)**

**OE.6 Impulsar el conocimiento, la investigación y la innovación en salud**

**OO.6.1 Potenciar la investigación biomédica**

**ACT.6.1.1 Intensificación de los investigadores en UGCs**

El acceso de profesionales de las UGC a la base poblacional de salud (BPS) o sistemas de clasificación y complejidad de pacientes (ACG) ampliarán las posibilidades de análisis de datos e investigación.

**ACT.6.1.2 Intensificación de la actividad investigadora en UGCs**

El acceso de profesionales de las UGC a la base poblacional de salud (BPS) o sistemas de clasificación y complejidad de pacientes (ACG) ampliarán las posibilidades de análisis de datos e investigación.

**ACT.6.1.3 Fomento de los proyectos de investigación que relacionan los resultados en salud y el género**

El acceso de profesionales de las UGC a la base poblacional de salud (BPS) o sistemas de clasificación y complejidad de pacientes (ACG) ampliarán las posibilidades de análisis de datos e investigación.

**OO.6.2 Potenciar la investigación en atención primaria**

La potenciación de la investigación en atención primaria nos permite avanzar en el estudio de los determinantes sociales de la enfermedad y en el desarrollo de medidas eficaces para el máximo aprovechamiento de los recursos comunitarios.

**ACT.6.2.1 Existencia de Convocatoria abierta y permanente de ayuda a proyectos de investigación en el ámbito de la Atención Primaria**



**OE.7 Favorecer la estabilidad y la recuperación de los derechos de los profesionales**

**OO.7.1 Elaborar un Plan Estratégico de Enfermería de Hospitalación con equidad de hombres y mujeres**

**ACT.7.1.1 Elaboración de un informe de estándares del ratio Paciente-Enfermera por grupo de hospitales y necesidades de cuidados**

Elaboración de un informe que recoja el conjunto de estándares del ratio Paciente-Enfermera por grupo de hospitales y necesidades de cuidados en unidades médico quirúrgicas y cuidados críticos de los hospitales públicos del SAS.

**ACT.7.1.2 Elaboración de informes sobre la situación del ratio paciente-enfermera en unidades médico-quirúrgicas y cuidados críticos**

Elaboración de informes de análisis sobre la situación del ratio paciente-enfermera en unidades médico-quirúrgicas y cuidados críticos de los hospitales públicos del SAS.

**OO.7.2 Disminuir el peso relativo de las jornadas realizadas por el personal con nombramiento eventual**

**ACT.7.2.1 Inclusión de categorías con mayor relevancia en Atención Primaria en la Oferta Pública de Empleo**

**ACT.7.2.2 Impulso de nombramientos de larga duración de profesionales de Atención Primaria**

**OE.8 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

**OO.8.1 Realizar el Mapa integral de la igualdad de género y resultados en salud**

Se trata de articular un conjunto de iniciativas que consigan elaborar el Mapa de Igualdad de Género y Resultados en Salud, a través de la mejora de los sistemas de información y del análisis que se realiza, por parte de los responsables de los programas, de las diferencias existentes por sexo en cada uno de ellos.

**ACT.8.1.1 Constitución de la Comisión de Género y Salud**

Se constituirá una Comisión de Género y Resultados en Salud con la participación de los principales responsables de los programas sanitarios incluidos en el Programa Presupuestario 41C.



**ACT.8.1.2 Elaboración y Consenso sobre Metodología para el diagnóstico de situación**

Para la elaboración del Mapa integral de la igualdad de género y resultados en salud se consensuará una metodología para el diagnóstico de situación que se aplicará a todos y cada uno de los programas.

**ACT.8.1.3 Realización de Diagnóstico de Género y Salud en el sistema sanitario**

El diagnóstico de Género y Salud abarcará todos los programas del sistema sanitario.

**ACT.8.1.4 Realización de un catálogo de sistemas de información de la actividad asistencial carentes de la variable sexo**

Se pondrá en marcha un catálogo de sistemas de información con respecto a la variable género.

**ACT.8.1.5 Identificación de sistemas de información carentes de la variable sexo en programas de atención a menores**

Identificación de sistemas de información carentes de la variable sexo en programas de atención a menores (cribado hipoacusia y lactancia materna).

**OO.8.2 Garantizar los derechos de conciliación de la vida familiar de los profesionales sanitarios**

Se trabajará en garantizar la cobertura de los permisos para los derechos de conciliación de la vida familiar de las personas que trabajan en el Sistema Sanitario Público Andaluz.

**ACT.8.2.1 Elaboración de estándares por áreas asistenciales hospitalarias para la sustitución por cuidados de familiares**

Se trata de aplicar la perspectiva de género y desarrollar estrategias que influyan en la igualdad de las acciones encaminadas a la mejora del entorno laboral y/o prevención del absentismo laboral. Esta situación también repercute en los cuidados por el aumento de cargas de trabajo (pacientes con mayor dependencia, deterioro cognitivo, enfermedades crónicas, etc) y menor personalización del cuidado (enfermera de referencia-responsable del cuidado durante la hospitalización).

**ACT.8.2.2 Elaboración del Diagnóstico de situación de las Sustituciones por permisos concedidos por Cuidado Familiar**

Se busca disminuir las cargas de trabajo y las jornadas laborales (doblar turnos) por la escasa sustitución por permiso concedido por Cuidado Familiar. Ello repercutiría positivamente en mejores resultados en salud.

**PROGRAMA 41E- HEMOTERAPIA**

**6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

El fin último y razón de ser del Programa de Hemoterapia es atender la necesidad de transfusión de componentes de calidad derivados de la sangre y las necesidades de determinados tejidos humanos para trasplante a los pacientes que lo precisan en los centros hospitalarios de Andalucía, para salvar sus vidas o mejorar la calidad de la misma.



Los avances técnicos y científicos que se han producido en los últimos años en el tratamiento de la sangre y sus derivados, tejidos y células, el crecimiento en el número de productos que se pueden obtener, y la diversidad de procesos a los que se deben someter para su transformación en productos finales útiles con finalidad terapéutica, obligan a una adaptación de las estructuras de la Red Transfusional de Andalucía a estas nuevas necesidades, con el doble objetivo de alcanzar la excelencia desde el punto de vista de la calidad y la seguridad sanitaria, y la eficiencia desde el punto de vista de la gestión de los procesos.

El Decreto 1/2013, de 8 de enero, creó el Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía, dependiente de la Consejería competente en materia de salud, como un Biobanco en Red donde se integran todas las unidades hospitalarias, Centros Regionales y de Área de Transfusión Sanguínea, bancos de líneas celulares, bancos que puedan contener y procesar células, tejidos, sustancias y muestras biológicas para uso clínico o de investigación, y Biobancos para la investigación de los centros sanitarios de la red pública andaluza.

Por su parte, el Decreto 49/2017, de 21 de marzo, desarrolla las funciones asistenciales del Biobanco y crea la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, donde se regula su estructura y funcionamiento.

Estas funciones se concretan en las siguientes:

- \* La obtención, transformación, preparación, procesamiento, preservación, distribución y seguimiento del uso de sangre humana, y sus componentes y productos derivados dedicados a la transfusión y la hemoterapia.
- \* El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de células, y tejidos humanos.
- \* El tratamiento, preparación, procesamiento, preservación y distribución de derivados del plasma humano, y otros componentes de la sangre de uso no transfusional.

La necesidad de disponer de sangre y sus derivados, tejidos y células, para uso terapéutico, obliga a desarrollar un complejo proceso de obtención, tratamiento, preparación, preservación, transporte y distribución de los mismos en un sistema organizativo uniforme y eficaz; y es a través de los 8 Nodos o Centros, uno por provincia, que constituyen la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células, lo que permitirá, mediante la mejora continua de dichos procesos, alcanzar los objetivos marcados.

El sistema sanitario debe distribuir hemoderivados de calidad, con niveles de seguridad contrastados y ofrecer una práctica transfusional eficaz, segura e individualizada a cada paciente. Al mismo tiempo, debe proteger a los donantes de sangre para que no sufran ninguna reacción adversa como resultado de la donación.

Los 8 Centros de Transfusión sanguínea se dedican a la promoción de la donación altruista de sangre y plasma. La sangre una vez estudiada y separada en sus componentes es utilizada en los hospitales públicos y privados. Cada año se transfunden más de 60.000 pacientes y se administran más de 272.000 unidades de Concentrados de Hematíes, Mezcla de Plaquetas y Plasma.

Todo el plasma obtenido de las donaciones no se transfunde, siendo el excedente tratado y procesado para obtener los llamados derivados estables del plasma o hemoderivados. Estos productos son enviados a los hospitales para utilizarlos en los pacientes que lo precisen. Durante el año 2017 se enviaron a los hospitales públicos de nuestra comunidad: 1.930.320 gr de Albúmina, 345.520 gr de Inmunoglobulinas, 8.780.000 u.i. (unidades internacionales) de Factor VIII, 1.501.000 u.i. de Factor IX, 100.000 u.i. de Antitrombina III y 6.876 gr de Alfa 1 antitripsina. Actualmente la media de autosuficiencia en Andalucía respecto de la Albúmina es del 75% y de las Inmunoglobulinas llegamos hasta el 42%, planteándose para el 2019 alcanzar el 85% y al 47% respectivamente. El coste de obtención de estos hemoderivados es sensiblemente inferior a su adquisición en el mercado, por ello, garantizando la calidad de los mismos y su fin terapéutico, es además un proceso de eficiencia económica.

Los Centros de Transfusión también procesan y conservan tejidos humanos para su utilización en las intervenciones que lo precisan: durante el año 2017 se trasplantaron 411 córneas, 5.180 tacos de hueso en traumatología, 23 segmentos de vasos sanguíneos, 31 válvulas cardíacas, 95.206 cm cuadrados de piel, etc., siendo los Centros de Córdoba y Málaga los responsables del procesamiento y conservación de tejidos para su trasplante.



En 2017 en los Centros se realizaron también otros preparados del plasma: 3.301 viales de colirio autólogo para unos 2.737 pacientes, 435 unidades Factores de Crecimiento que fueron utilizadas en 403 infiltraciones articulares, etc.

En el Centro de Transfusión de Málaga se estudian y conservan las unidades de Sangre de Cordón Umbilical, donde existen unas 25.000 muestras, siendo distribuidas en todo el mundo (77 unidades el pasado año).

Otra de las actividades que se desarrolla en los Centros es la de promocionar la Donación de Médula Ósea, donde los posibles donantes son registrados y estudiados para su eventual donación en el momento que sea necesaria, siendo el Centro de Málaga el encargado de tipar el HLA de todos estos potenciales donantes (en 2017 hemos alcanzado la cifra de 27.156).

Los centros de Granada, Málaga y Cádiz llevan a cabo las tareas de obtención y procesamiento de progenitores hematopoyéticos para los hospitales de su área de referencia.

Ante el envejecimiento paulatino de la población y los tratamientos de dolencias que precisan productos biológicos, un objetivo fundamental del programa es aumentar el número de donantes y fidelizar los ya existentes, esto nos permitirá mejorar nuestra tasa global de donación (en 2017 hemos tenido 34.382 nuevos donantes); siendo labor de todos los centros la promoción de la donación y la fidelización de los ya existentes (se ha alcanzado la cifra de 181.043).

El proceso completo de la transfusión comprende: promoción, donación, procesamiento, preservación, almacenamiento, distribución, pruebas de compatibilidad, transfusión y hemovigilancia (seguridad transfusional). Su actividad está marcada por los constantes avances tecnológicos y científicos, así como por la gran sensibilización social respecto a la posibilidad de transmitir enfermedades.

En el Centro de Sevilla se concentra toda la analítica, y el fraccionamiento de la sangre se mantiene en tres centros, y todo ello gracias a la unificación del soporte informático que permite la gestión de la información de los donantes como el estado en que se encuentra cada uno de los productos dentro de la cadena de producción.

En definitiva, los objetivos operativos de este programa no deben de perder de vista la trazabilidad, calidad y seguridad del donante, con vistas a conseguir la autosuficiencia en sangre y derivados plasmáticos, así como en tejidos para su trasplante.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida**

#### **OO.1.1 Mantener las cifras de donación de sangre total en niveles que garanticen la autosuficiencia**

Obtener el número de donaciones suficiente para garantizar la transfusión de concentrados de hematíes, plasma y plaquetas a los pacientes que lo necesiten en nuestra comunidad: AUTOSUFICIENCIA. No debe faltar, pero tampoco sobrar, por lo que el indicador es 1,1.

##### **ACT.1.1.1 Optimización del rendimiento por colecta**

Para realizar las colectas acude: un médico, un número variable de enfermeras, un celador. Para que esto sea rentable debe estar cercano a 50 donaciones por colecta.

##### **ACT.1.1.2 Mejora de la obtención de Concentrados de Hematíes a partir de las donaciones útiles**



Las bolsas de sangre de donación obtenidas deben ser tratadas para que puedan ser transfundidas. En este proceso de centrifugación, filtrado, analítica, ..., se desechan un número variable por rotura, infección, mala calidad del producto, etc. Lo que se intenta es reducir el número de bolsas desechadas.

**ACT.1.1.3 Fidelización y promoción de la donación de sangre**

El objetivo es que los donantes se conviertan en habituales, dentro de su forma de vida conciban la donación altruista.

**OO.1.2 Alcanzar el 85% de autosuficiencia en el producto Albúmina**

Con el plasma sobrante de la donación y las plasmaféresis realizadas se envía a la industria transformadora para obtener productos hemoderivados que se utilizan en los hospitales del Sistema Público de Andalucía, disminuyendo la necesidad de compra de estos productos.

**ACT.1.2.1 Fidelización y promoción de la donación de plasma**

El objetivo es que los donantes de plasma sean habituales, a fin de conseguir más cantidad para producir estos medicamentos, que no se pueden obtener más que del plasma humano.

**ACT.1.2.2 Mejora del envío a industria de litros de plasma para su fraccionamiento**

Aumentar la cantidad de litros de plasma enviados a la industria fraccionadora para la obtención de estos medicamentos: albúmina, Inmunoglobulinas, Factor VIII de la coagulación, Factor IX de la coagulación, Alfa 1 antitripsina y Antitrombina III.

**OO.1.3 Mejorar la producción de tejidos para su trasplante**

Mejorar el procesamiento de tejidos y su conservación hasta la distribución en los servicios hospitalarios para su trasplante.

**ACT.1.3.1 Mejora del procesamiento de tejido ocular**

Intentar que las córneas distribuidas a los hospitales sean algo menos que las procesadas, se ajusten.

**ACT.1.3.2 Mejora del procesamiento de tejido óseo**

Intentar que las piezas óseas distribuidas a los hospitales sean algo menos que las procesadas, es decir, que se ajusten.

**ACT.1.3.3 Mejora del procesamiento de tejido vascular**

Intentar que las piezas de tejido vascular distribuidas a los hospitales sean algo menos que las procesadas, es decir, que se ajusten.



**OO.1.4 Conseguir una tasa de 200 donantes de médula ósea registrados por millón de habitantes**

El objetivo es obtener un censo de potenciales donantes de médula ósea para cuando sean necesitados, entonces se les llamará del hospital para realizar la donación.

**ACT.1.4.1 Mejora de la calidad de los cordones enviados**

Se reciben gran cantidad de donaciones de sangre de cordón umbilical, que no tienen la calidad suficiente para procesarla y conservarla, el objetivo es ajustar el número de donaciones a las necesidades reales. Se reciben gran cantidad de donaciones de sangre de cordón umbilical, que no tienen la calidad suficiente para procesarla y conservarla. El objetivo es ajustar el número de donaciones a las necesidades reales.

**ACT.1.4.2 Tipaje de Donantes de Médula Ósea actualizados**

Es necesario que a todos los donantes potenciales de médula ósea se les haya estudiado su HLA (tipaje), para que se sepa con seguridad la compatibilidad con el paciente y puedan ser llamados adecuadamente.

**PROGRAMA 41F- TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

El Programa de Donación-Trasplante de Órganos y Tejidos tiene como principal finalidad salvar la vida o mejorar la calidad de la misma para todos aquellos pacientes que están en lista de espera. Se articula y está liderado y dirigido por la Coordinación Autonómica de Trasplantes, que cuenta con una numerosa red de coordinadores de trasplantes hospitalarios y con la participación de varios miles de profesionales sanitarios hospitalarios que intervienen de una u otra manera en los distintos procesos de donación-trasplantes.

La situación actual de los programas de trasplantes de Andalucía constituye un fiel exponente del grado de modernidad, desarrollo y avance social experimentado en los últimos años. En efecto, debemos estar orgullosos de vivir en una comunidad que ocupa un lugar destacado a niveles mundiales en donación-trasplante, a gran distancia de los países avanzados de nuestro entorno, incluidos los míticos EEUU. La probabilidad de trasplantarse en nuestro sistema sanitario público en caso de necesitarlo, es doble que en el resto de países desarrollados

En España la historia del trasplante de órganos comienza en 1964, cuando casi a la vez se llevan a cabo los primeros trasplantes renales en los hospitales Clínico de Barcelona y Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En Andalucía es el Hospital "Virgen del Rocío" de Sevilla el que inicia nuestra era de los trasplantes de órganos realizando en 1978 el primer trasplante renal en nuestra Comunidad, con un retraso de 14 años con respecto a España. Han pasado pues, 40 años desde que se inició esta actividad en Andalucía y podemos decir con plena satisfacción que el trasplante ha pasado de ser una técnica casi experimental y mágica a constituir una realidad terapéutica perfectamente consolidada que, sin lugar a dudas, forma parte de nuestro actual grado de desarrollo.

Concretamente, podemos citar algunas cifras de los últimos años: en el año 1991, año en el que se crea la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (CATA) se consiguieron 93 donantes de órganos y se realizaron 288 trasplantes de órganos sólidos y en el pasado año 2017 se llevaron a cabo 919 trasplantes gracias a la generosidad de 413 donantes, que constituyen cifras records. A fecha de 31 de diciembre de 2017, ya llevábamos 16.678 trasplantes de órganos: 10.694 enfermos renales trasplantados, 4.024 trasplantes hepáticos, 1.113 trasplantes cardíacos, 554 de pulmón y 393 de páncreas, además de 45.000 implantes de diversos tejidos (córneas, tejido óseo y tendinoso, válvulas cardíacas, etc.) y de progenitores hematopoyéticos (que incluye a los de médula ósea). Por consiguiente, son ya muchos los andaluces que se han beneficiado de los programas de trasplantes, salvando sus vidas o mejorando la calidad de las mismas. Las cifras son elocuentes y hablan por sí mismas. En gran parte, estos resultados están vinculados a la aceptación a la donación de la sociedad andaluza. Y si a principios de los noventa la negativa a donar era del 40% ahora está situada en el 11%. O dicho de forma más positiva, hace 25 años el 60% de la sociedad decía sí a la donación y ahora lo hace el 89%.



En definitiva, las cifras de donación y trasplantes de órganos son muy buenas, superiores a las de la media española. No obstante, tenemos que seguir perseverando en lograr mejores resultados, siendo nuestro objetivo para 2019 conseguir una tasa de 51 donantes y de 115 trasplantes de órganos por cada millón de habitantes.

## **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

### **OE.1 Desarrollar las políticas de salud y proteger la salud de las personas para mejorar su bienestar y calidad de vida**

#### **OO.1.1 Conseguir una tasa de 51 donantes por cada millón de habitantes**

Aumentar el número de donantes entre la población andaluza.

##### **ACT.1.1.1 Mejora de la dotación de la Red de Coordinadores de Trasplantes hospitalaria y profesionales de la CATA**

Incrementar los recursos humanos en la Red de Coordinadores de Trasplantes hospitalaria, y en la CATA, para asimilar a los de la media española.

##### **ACT.1.1.2 Análisis de la red hospitalaria pública y privada para autorizar la adhesión de nuevos centros hospitalarios al programa**

Análisis de la red hospitalaria pública y privada para autorizar la adhesión de nuevos centros hospitalarios de la Comunidad al programa de detección, extracción, y trasplante de órganos y tejidos.

##### **ACT.1.1.3 Análisis y sensibilización de los principales tipos de donantes**

Se trata de optimizar los programas de donación en asistolia, controlada y no controlada, los programas de cuidados intensivos orientados a la donación de órganos y tejidos, y la valoración de donantes de riesgo no estándar siguiendo las recomendaciones de la Organización Nacional de Trasplantes.

#### **OO.1.2 Alcanzar una tasa de 115 trasplantes de órganos por cada millón de habitantes**

Se busca aumentar el número de trasplantes de órganos dentro de la población andaluza.

##### **ACT.1.2.1 Promoción de la donación de órganos y tejidos en la sociedad andaluza que posibilite el incremento de los trasplantes**

Se desarrollarán estrategias de promoción de la donación de órganos y tejidos entre la población andaluza para aumentar la tasa de aceptación de la donación por encima del 85%.

##### **ACT.1.2.2 Análisis con los equipos de trasplantes para mejorar el número de órganos válidos obtenidos por donante**

Se trata de optimizar el número de órganos válidos obtenidos por donante mediante procedimientos de valoración de órganos, de mantenimiento del donante y de extracción de órganos, desarrollados e implantados por los equipos de coordinación y por los equipos de trasplante.



**ACT.1.2.3 Análisis y sensibilización de los principales tipos de trasplantes**

Con esta actuación se busca:

- \* Optimizar el número de trasplantes hepáticos tipo split.
- \* Optimizar la tasa de donación de pulmón.
- \* Asegurar la disponibilidad de dispositivos para la preservación abdominal en normotermia, en donantes en asistolia controlada, para todos los equipos de trasplante.

**PROGRAMA 41G- PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS Y FARMACÉUTICAS**

**6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública**

El medicamento es la herramienta terapéutica más utilizada para el tratamiento de los problemas de salud de los pacientes y, sin duda, ha contribuido a la mejora de la calidad de vida de la población. No obstante, el uso irracional de los medicamentos es un gran problema mundial. El sobre uso o abuso de los medicamentos tiene riesgos para la salud y supone una mala gestión de los recursos.

De nada sirve que un fármaco reúna todas las garantías de eficacia y seguridad exigidas por la normativa y haya superado todas las severas evaluaciones a que se somete para su autorización, si después se indica incorrectamente o el paciente no lo recibe en las dosis y pautas adecuadas. El riesgo sanitario innecesario a que, en este caso, se somete al enfermo (los efectos adversos permanecen sin un beneficio que los justifique) y el gasto también innecesario que ello supone para el individuo y la sociedad, enmarcan la trascendencia de las actuaciones encaminadas a evitarlo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que se realiza un uso racional de los medicamentos cuando: "Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la Comunidad" (OMS, 1985).

La mayoría de las administraciones sanitarias de los países desarrollados tienen la necesidad de iniciar programas o actuaciones cuyo objetivo es lograr una utilización más adecuada y eficiente de estos recursos. En este sentido, la Comunidad Autónoma Andaluza ha venido apostando, desde hace ya muchos años, por una decidida política de uso racional del medicamento, con actuaciones, pioneras en España, que han cosechado resultados muy positivos en la mejora de la utilización de los medicamentos y en la contención del incesante crecimiento del gasto farmacéutico, lo que le ha situado al frente del liderazgo nacional en esta materia. Como ejemplos de estas iniciativas cabe destacar la promoción de la prescripción por principio activo y la implantación, de forma pionera en España, de la receta electrónica.

Como dato concreto de la evolución del gasto en prestación farmacéutica de Andalucía a lo largo de los años, cabe destacar que la factura farmacéutica andaluza fue la que menos creció en todo el territorio nacional en el período 1992-2016, con un incremento del 155,07% frente al 199,51% de la media española. Este menor crecimiento, mantenido a lo largo del tiempo, también ha permitido que Andalucía tenga actualmente un gasto por habitante inferior a la media nacional, cuando en 1992 era la segunda comunidad española con la tasa más alta de gasto medio.

De otra parte, si analizamos la evolución de la prestación farmacéutica en Andalucía y España en los últimos diez años, según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, se observa que el comportamiento del gasto en prestación farmacéutica a través de recetas ha experimentado tres etapas claramente diferenciadas.

La primera de ellas, desde 2007 hasta 2009, en los que los crecimientos medios anuales tanto a nivel de Andalucía como de la media nacional superaron el 5%.



El siguiente período abarca desde 2010 a 2013 que es cuando ejercen su efecto los diferentes reales decretos-ley que se aprobaron a nivel estatal (RDL 4/2010, 8/2010, 9/2011 y 16/2012). Los primeros de ellos afectaron al gasto medio por receta, al establecer bajadas del precio de los medicamentos, aunque también se observa una moderación de la prescripción de recetas. El último Real Decreto afectó principalmente al número de recetas, al establecerse el copago de los pensionistas a partir de julio de 2012 y excluirse medicamentos de la financiación pública. En estos cuatro años se producen descensos notables del gasto farmacéutico, alcanzándose en 2016 un gasto farmacéutico nacional con valores de 2004.

A partir de 2014 comienzan a registrarse crecimientos en el gasto farmacéutico, con una media de crecimiento anual en el período 2014-2017 del 2,5% en Andalucía y del 2,6% en la media nacional, al dejar de tener efecto la citada normativa estatal y estar influenciado el gasto farmacéutico por factores como el envejecimiento de la población y la introducción de nuevos medicamentos de precio más elevado. En este sentido, es objetivo del SAS para 2019 seguir manteniendo el gasto medio de farmacia por habitante por debajo de la media española.

Por su parte, en 2018 la prestación ortoprotésica se está haciendo efectiva en Andalucía a través de 575 establecimientos sanitarios (ortopedias, ópticas y gabinetes de audioprótesis) pertenecientes a 396 empresas. En 2017 se hicieron 384.514 prescripciones por valor de 49.285.864,79 euros.

El catálogo de productos de Andalucía vigente no ha sufrido modificaciones respecto a 2017. Se mantiene la exención de aportación de los usuarios y la financiación de los productos no contemplados en el resto del Estado (plantillas). Por esta falta de homogeneidad de la prestación a nivel estatal no es posible realizar comparaciones entre distintas CCAA, por lo que las referencias siguen haciéndose a la evolución de la prestación en Andalucía. En este sentido, se plantean como objetivos para 2019 que el incremento de la prescripción (medido en número de prescripciones/ 100 habitantes) y el gasto por habitante no supere el 4 % respecto a 2017.

Por último, en cuanto a las recetas dispensadas en Andalucía según sexo, los datos del Sistema de Información de Farmacia del SAS muestran que el porcentaje de recetas consumidas en mujeres es mayor que en los hombres, siendo los datos muy similares en 2014, 2015, 2016 y 2017 (58,54%, 58,24%, 58,19% y 58,15% respectivamente). La diferencia con respecto a los hombres en estos años oscila entre 16 y 17 puntos porcentuales.

Esta diferencia entre mujeres y hombres también se observa en los datos de actividad asistencial en atención primaria, que es donde mayor número de recetas se prescriben. Según datos de la memoria del SAS de 2016, un 60,7% de las consultas de medicina de familia son realizadas por mujeres y un 39,3 por hombres, lo que supone que las mujeres acuden a estas consultas 21,4 puntos porcentuales más.

En cuanto al desglose entre hombres y mujeres de las prescripciones realizadas en los cinco grupos de medicamentos de mayor consumo en 2017, se observa que existe un mayor porcentaje de prescripciones en las mujeres en los ansiolíticos, analgésicos y antiulcerosos (ansiolíticos: 68,22%, analgésicos: 65,92%, antiulcerosos: 57,35%). En el grupo de reductores del colesterol los datos son similares (50,22% en mujeres y 49,88% en hombres), mientras que en el grupo de antitrombóticos se realizan más prescripciones a los hombres, aunque con leve diferencia (48,23% en mujeres y 51,77% en hombres).

En definitiva, de acuerdo con el contexto anterior, el SAS tiene como objetivo estratégico avanzar en la calidad asistencial para mejorar los resultados en salud, mediante el acceso de todos los ciudadanos andaluces a las prestaciones farmacéuticas y ortoprotésicas en condiciones de igualdad y eficiencia. Además, este programa presupuestario se ha fijado como objetivo para 2019 evidenciar el sesgo de género en el ámbito de la prestación farmacéutica a través de la realización de un diagnóstico de género, en el que se consideren y analicen los factores determinantes de género, tanto los debidos a roles de género como los debidos a las identidades masculina y femenina.

### **6.2 Objetivos estratégicos, operativos y actuaciones del programa**

#### **OE.1 Avanzar en la calidad asistencial con la finalidad última de la mejora de los resultados en salud**



**OO.1.1 Mantener el gasto medio de farmacia por habitante por debajo de la media española**

En un contexto de crecimiento del gasto farmacéutico, se trata de mantener estable el gasto medio por habitante andaluz por debajo de la media española.

**ACT.1.1.1 Promoción de la prescripción por principio activo**

Se busca mejorar la utilización de los medicamentos y contener el crecimiento del gasto farmacéutico mediante la promoción de la prescripción por principio activo.

**ACT.1.1.2 Desarrollo de las actuaciones de uso racional del medicamento y de eficiencia en la gestión de la prestación**

Se trata de iniciar programas o actuaciones cuyo objetivo sea lograr una utilización más adecuada y eficiente de estos recursos.

**ACT.1.1.3 Promoción de la prescripción por receta electrónica XXI en condiciones de igualdad**

Se busca mejorar la utilización de los medicamentos y contener el crecimiento del gasto farmacéutico mediante la promoción de la prescripción por receta electrónica XXI en condiciones de igualdad.

**OO.1.2 Reducir el gasto medio en prestación ortoprotésica por habitante**

Se plantea reducir el gasto medio por habitante en Andalucía en términos de prestación ortoprotésica.

**ACT.1.2.1 Puesta en marcha de Planes de eficiencia en la prescripción de materiales incluidos en catálogo de prestaciones ortoprotésicas**

Se adoptarán nuevas medidas que contribuyan a una prescripción eficiente de los materiales incluidos en catálogo de prestaciones ortoprotésicas a través de los establecimientos sanitarios que operan en Andalucía.

**OE.2 Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población**

**OO.2.1 Realizar un diagnóstico de género en el ámbito de este programa presupuestario**

Se trata de evidenciar si existe o no un sesgo de género en el ámbito de la prestación farmacéutica a través de la realización de un diagnóstico de género.

**ACT.2.1.1 Planificación del trabajo y difusión entre el personal de la decisión de realizar un diagnóstico de género**

Fase previa de la realización de un diagnóstico de género en el ámbito farmacéutico.



**ACT.2.1.2 Recolección de información cuantitativa y cualitativa y su situación con respecto a la igualdad y la equidad de género**

Fase del diagnóstico de género en el ámbito farmacéutico donde se recopila información sobre prescripción y consumo de medicamentos, con especial atención a los datos de actividad asistencial en atención primaria.

**ACT.2.1.3 Análisis de la información obtenida y difusión de los resultados obtenidos**

Fase final del diagnóstico de género en el ámbito farmacéutico donde se analiza la información obtenida, teniendo en cuenta los factores determinantes de género, tanto los debidos a roles de género como los debidos a las identidades masculina y femenina.