



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 orgánica y funcionalmente 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 esté 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 las adicciones 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 a los 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 de la Consejería de Salud y Familias con el Servicio Andaluz de Salud para 2020, 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 2020 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 2020, 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".

En cumplimiento con lo dispuesto en 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 Guadalquivir), 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 complicitad 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 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.

OE.11 Apoyar la salud en el entorno familiar

La permanencia del paciente en su domicilio conlleva efectos positivos y objetivables para su propia salud. El SSPA tiene entre sus objetivos proporcionar herramientas para que paciente y su cuidador/a se adapten mejor a su entorno cotidiano y les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos graves a pesar de sus problemas de salud.

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 procura políticas comprometidas que permitan fortalecer los instrumentos para asegurar a los ciudadanos las prestaciones y servicios del sistema sanitario, 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, con una especial protección de la salud en el ámbito familiar.

La elaboración del Presupuesto 2020 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 Contrato Programa de la Consejería de Salud y Familias con el Servicio Andaluz de Salud para 2020 y las modificaciones normativas en sanidad.

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 contempla 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.

Hay que señalar que los gastos de personal son la principal partida del presupuesto del SAS, con un peso del 48,45%, 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 20,03% del total, y que junto con el gasto en farmacia hospitalaria, que se sitúa en el 10,76%, supone destinar a gasto en farmacia hospitalaria y recetas un 30,79% 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	2020	%
1 GASTOS DE PERSONAL	4.893.300.000	48,6
2 GTOS.CORRIENTES BIENES Y SERV.	2.967.151.395	29,5
3 GASTOS FINANCIEROS	2.950.000	
4 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	2.102.239.758	20,9
5 FONDO DE CONTINGENCIA		
Operaciones Corrientes	9.965.641.153	99,0
6 INVERSIONES REALES	100.501.922	1,0
7 TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	3.187.208	
Operaciones de Capital	103.689.130	1,0
OPERACIONES NO FINANCIERAS	10.069.330.283	100,0
8 ACTIVOS FINANCIEROS		
9 PASIVOS FINANCIEROS		
OPERACIONES FINANCIERAS		
TOTAL	10.069.330.283	100,0

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 2020 en Capítulo 1 se ha realizado bajo la premisa de consolidación de la estructura y la mejora de



los servicios en los centros de atención primaria que se ha venido ejecutando durante el año 2019. Asimismo, esta propuesta recoge los siguientes aumentos:

- * Aumento del 2% 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.
- * Consolidación de Servicios Nuevos: la consolidación de los servicios puestos en marcha en 2019, proyectada para 2020, desplaza parte de su gasto a este ejercicio.
- * Recursos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género: se percibirán nuevos fondos finalistas del Estado con el objetivo de prestar una atención integral e integrada a las mujeres víctimas de violencia de género, y a sus hijas e hijos, para resolver sus problemas de salud y promover el desarrollo en estas personas de actitudes, valores y actividades que favorezcan su autonomía personal, el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales, y la recuperación de sus proyectos de vida, asignando para ello una persona profesional de referencia, de acuerdo con las necesidades manifestadas por la mujer y sus hijos/as, para el desarrollo y seguimiento del plan asistencial individualizado.

Capítulo II

La propuesta 2020 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.
- * Desarrollo, mediante un enfoque integrado, de un modelo de atención efectivo de personas en situación de cronicidad compleja.

Capítulo III.

La cantidad presupuestada para el ejercicio 2020, es sensiblemente inferior a la de 2019 y es consecuencia de la mejora de los tiempos medios de pago que ha supuesto que los litigios con los proveedores se reduzcan casi completamente, de tal forma que el mayor volumen de recursos se destinará a aquellos litigios sin sentencias firmes, pero que derivan de años en el que los tiempos medios de pago a proveedores estaban por encima de lo que contemplaba la normativa sobre morosidad.



Capítulo IV.

La propuesta 2020 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.

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.

Capítulos VI y VII

El importe de los créditos propuestos para 2020 tiene por finalidad dar cobertura presupuestaria a:

" En primer lugar, la necesidad de dotar presupuestariamente, en el ejercicio 2020, las actuaciones plurianuales que ya se encuentran en ejecución.

" Una serie de compromisos adquiridos de equipamientos estratégicos que provienen de ejercicios anteriores y que no han podido ser ejecutados hasta la fecha, ya que en los últimos años se ha visto considerablemente mermado el capítulo VI del Servicio Andaluz de Salud.

" Actuaciones de reforma o mejora que es necesario acometer en la red de Centros de Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria y Distritos de Atención Primaria de Salud 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;
- * singularmente, en Centros de Atención Primaria, la necesidad de habilitar espacios de consulta para el incremento de la plantilla de personal sanitario.
- * algunas de las necesidades, en 2020, se concretan en redacciones de proyecto y la licitación conjunta de la dirección de obra posterior; en otros casos, se trata de la ejecución de proyectos ya redactados, que deben llevarse a cabo inmediatamente.
- * equipamientos críticos, lo 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. En tal sentido, el Servicio Andaluz de Salud ha llevado a cabo un estudio del estado de obsolescencia del equipamiento médico de sus Centros, según estándares internacionales.
- * 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 2020 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, especialmente en el ámbito



familiar, 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 2020, 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, la equiparación progresiva de las guardias a la media de lo que se paga en las CCAA, y la consolidación del personal.
- * 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. e llevará a cabo un Plan de Obsolescencia y mantenimiento en los centros.
- * Continuar con el desarrollo e instalación del equipamiento de alta tecnología destinado al Plan de Oncología Integral de Andalucía.
- * Protección de la salud en el ámbito familiar.

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 2020 se plantean las siguientes:

- * En materia de prevención de las drogodependencias, se diseñara una guía para la implementación en el ámbito comunitario 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 los 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 estratégicos a través de 8 programas presupuestarios, destacando la contribución de los programas 31P y 41C al cumplimiento del nuevo objetivo estratégico definido: "Apoyo a la salud en el entorno familiar", en el que se enmarcan nuevos objetivos operativos y actuaciones relacionadas con el empoderamiento de la persona con enfermedad mental y de su familia, y la potenciación del autocuidado y el afrontamiento efectivo en personas con problemas crónicos de salud, y todo ello con integración de la perspectiva de género.

Programa		2020	%
120	D.S.G. SALUD Y FAMILIAS	23.321.212	0,3
31B	PLAN SOBRE ADICCIONES	33.841.394	0,3
31P	SERVICIO DE APOYO A FAMILIAS	26.852.876	0,3
41B	FORMACIÓN SANITARIA, CONTINUA Y POSTGRADO	205.695.899	2,0
41C	ATENCIÓN SANITARIA	7.644.199.809	75,9
41E	HEMOTERAPIA	54.219.425	0,5
41F	TRASPLANTE DE ÓRGANOS	8.294.530	0,1
41G	PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS Y FARMACÉUTICAS	2.072.905.138	20,6
TOTAL		10.069.330.283	100,0

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 2019-2020.

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 2020, 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 los derechos reconocidos netos 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 los ingresos propios a partir del control y seguimiento de todos los hechos facturables a nivel de centros y provincias, evitando que hechos facturables detectados y liquidados no se lleguen a recaudar como consecuencia de una mala praxis. 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 de los derechos pendientes de cobro, donde existe un amplio margen de mejora. Igualmente se promoverá su inclusión en los contratos programas de los centros con el SAS.

Como novedad, hay que destacar la incorporación de un nuevo objetivo operativo que pretende dar cumplimiento, en el conjunto del SAS, a las obligaciones derivadas de la Orden de 24 de noviembre de 2017, por la que se establecen normas para la gestión, seguimiento y control de los ingresos y gastos de los servicios de transferencias finalistas y otros ingresos finalistas.

Para ello, se impulsarán las actuaciones necesarias entre los órganos responsables que intervienen en la gestión, seguimiento y control del fondo de financiación afectada, para la adecuada ejecución de los fondos con financiación afectada asociados al mismo.

Finalmente, se pondrá especial énfasis en el estricto cumplimiento del artículo 18.1.b) y c) de la citada Orden de 24 de noviembre de 2017, en materia de comunicación y remisión de información a la Dirección General de Presupuestos sobre las previsiones, certificación y estados de liquidación de los gastos e ingresos de los servicios de transferencias finalistas y otros ingresos finalistas.

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 procedió a la revisión del Sistema actualizándolo y adecuándolo a la versión 2015 de la Norma.

La entonces 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. tendiendo 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 progresiva 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 2020 en 12 centros del SAS. Paralelamente, se han dado pasos para una implantación básica en todos los centros.

Igualmente, en este año 2020 se ha de continuar con la 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.

Como en años anteriores, 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. Es de destacar la colaboración con la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible en el proyecto europeo CIRCPRO que tiene como objetivo primordial la generalización de la compra pública circular.

Por otra parte, fruto de la colaboración con la Agencia Andaluza de la Energía, durante el ejercicio 2020 se acometerán proyectos de inversión cofinanciados con fondos FEDER para la mejora de la eficiencia energética en 4 centros sanitarios.

Respecto de la situación de la igualdad de género en los recursos humanos del SAS, una actualización del diagnóstico nos confirma 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 70,61% de la misma, fruto de la evolución continuada en esa dirección en todas las variables que pueden examinarse. Las mujeres son el 83,21% de la plantilla de personal sanitario no facultativo. No obstante, esta distribución no impide que la distribución por sexos del personal entre las distintas categorías aun presente valores con una alta dispersión, así, la mayor concentración de mujeres la encontramos en las categorías de Auxiliar de Enfermería y Trabajo Social con el 93,80% y el 87,40% de mujeres respectivamente. Por el contrario, indicando el caso más extremo, sólo son el 2,09% entre profesionales de Ingeniería Técnica.

Respecto a la distribución por niveles de responsabilidad, el porcentaje de mujeres que ocupan puestos directivos o cargos intermedios se encuentran dentro de los márgenes definidos como paridad, con un 46,40% entre el personal directivo y un 46,20% 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 profesionales que concentra a las mujeres en determinadas categorías sanitarias, con menor presencia en otras dedicadas a servicios. Respecto de la utilización de las actuales medidas de conciliación de vida personal y profesional, la realidad del SAS está en la línea de 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 del lenguaje no sexista o una mayor identificación y visibilidad del sistema sexo-género en todo lo relacionado con los recursos humanos.

Por otro lado, desde 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 para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, el Plan prevé un conjunto de 164 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. Estas medidas se articulan en 8 ejes estratégicos y un sistema de gestión de la igualdad.



Desde la aprobación del Plan se han constituido las Comisiones de Igualdad de todos los centros, lo que permite contar con uno de los pilares fundamentales para la gobernanza del Plan. Dado que forma parte de dichas Comisiones la representación del personal, a través de las organizaciones sindicales con presencia en cada centro, se garantiza también la participación y la perspectiva de las personas implicadas. Por otra parte, se está arbitrando la puesta en marcha de las primeras medidas, tanto en materia de conciliación con la trasposición de los nuevos permisos más igualitarios de maternidad y paternidad o una mayor flexibilidad en el disfrute de los periodos vacacionales, como en la adopción de criterios para garantizar la paridad en el acceso a la formación. Por otra parte, se ha dispuesto formación básica y sensibilización en igualdad de oportunidades para todo el personal a través de la plataforma Igualsas, como instrumento técnico de apoyo para el desarrollo del Plan.

En el año 2020 los objetivos marcados persiguen incrementar los recursos a disposición de los gestores para la ejecución del Plan de Igualdad, previstos en el Sistema de Gestión de la Igualdad para los profesionales del SAS, y reforzar la visibilidad de la estrategia de igualdad de oportunidades. Para avanzar en la puesta en marcha del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres en el SAS, la actuación principal estará concentrada en que los centros se doten de su propio Plan específico, aprobado por la Comisión de Igualdad del centro, y que incluya las medidas que mejor respondan a las prioridades específicas que se detecten en cada uno de ellos.

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 8% los derechos reconocidos netos de los ingresos propios

(tasas, precios públicos e ingresos patrimoniales)

ACT.1.2.1 Seguimiento de los derechos reconocidos con carácter mensual y a nivel de centro y provincial

Reforzar el control y seguimiento de los derechos reconocidos.

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



Hacer a los centros corresponsables en la consecución del objetivo de aumentar un 8% los derechos reconocidos netos de los ingresos propios del SAS.

OO.1.3 Disminuir el importe de los derechos pendientes de cobro de ejercicios cerrados

Se busca evitar que los hechos facturables detectados y liquidados no se lleguen a recaudar como consecuencia de una mala praxis.

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

Hacer a los centros corresponsables en el cumplimiento del objetivo de disminuir el importe de los derechos pendientes de cobro de ejercicios cerrados.

ACT.1.3.2 Seguimiento trimestral de los derechos pendientes de cobro de ejercicios anteriores a nivel de centros

Reforzar el control y seguimiento de los derechos pendientes de cobro de ejercicios anteriores.

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 Mejorar la gestión, el seguimiento y control de los ingresos y gastos del servicio transferencias finalistas

Se pretende dar cumplimiento, en el conjunto del SAS, a las obligaciones derivadas de la Orden de 24 de noviembre de 2017, por la que se establecen normas para la gestión, seguimiento y control de los ingresos y gastos de los servicios de transferencias finalistas y otros ingresos finalistas.

ACT.1.5.1 Elaboración de Planes de Actuación por código de financiación del servicio transferencias finalistas



Se busca conocer con antelación las actuaciones a financiar con créditos del Servicio 18.

ACT.1.5.2 Realización de análisis de seguimiento y control de los ingresos y gastos del servicio transferencias finalistas

Se reforzará el seguimiento y control de los ingresos y gastos del servicio transferencias finalistas mediante análisis detallados por línea de financiación.

OO.1.6 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.1.6.1 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.1.6.2 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.1.6.3 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.1.6.4 Desarrollo de Proyectos de mejora de la eficiencia energética en colaboración con la AAE (Agencia Andaluza de la Energía)

Fruto de la colaboración con la Agencia Andaluza de la Energía, durante el ejercicio 2020 se acometerán proyectos de inversión cofinanciados con fondos FEDER para la mejora de la eficiencia energética en 4 centros sanitarios.

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

En materia de drogodependencias y adicciones se vienen desarrollando actuaciones encaminadas a la reducción del consumo de drogas y otras adicciones y de los riesgos que para la salud se derivan de dicho consumo, estableciendo como Objetivo Estratégico el "Abordar de manera integral el fenómeno de las adicciones en Andalucía teniendo en cuenta la socialización diferencial de mujeres y hombres". Para ello, es necesario adaptar la red de atención a las adicciones a las demandas emergentes, diversificando la oferta terapéutica y consolidando los programas preventivos en los ámbitos educativos, familiar, comunitario y laboral.

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 Andalúz Sobre Drogas y Adicciones (III PASDA) con vigencia de 2016/2021.

Datos y análisis de género

Para el diagnóstico epidemiológico de la población andaluza en relación a las adicciones nos basamos en las encuestas de prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas realizadas a nivel nacional y autonómico y en los indicadores obtenidos a través del Sistema de Información del Plan Andalúz sobre Drogas (SIPASDA).

Los datos extraídos de la última encuesta realizada a nivel nacional, EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España. (2017/2018) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS)) indican que los hombres registran mayores prevalencias de consumo en todas las sustancias psicoactivas, a excepción de los hipnosedantes con o sin receta, los hipnosedantes sin receta y los analgésicos opioides, sustancias que son consumidas en mayor medida entre las mujeres.

El alcohol es la sustancia que obtiene una mayor prevalencia tanto entre los hombres (93,6%) como entre las mujeres (88,8%), habiendo sido consumida alguna vez en la vida por la gran mayoría de la población de ambos sexos.

Es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 43,6% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 26,8% de mujeres), lo que se



traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales. Evolutivamente, en esta edición se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis desde el año 2011.

Otra diferencia considerable es la registrada para el consumo de tabaco, siendo de más de 10 puntos porcentuales la diferencia entre la prevalencia de los hombres y de las mujeres (74,8% y 64,5%, respectivamente).

También se registra un mayor porcentaje de hombres que ha consumido alguna vez en su vida cocaína polvo y/o base. Alrededor del 15% de hombres manifiestan haberla consumido frente al 5,9% de las mujeres. En 2017, respecto a 2015, se ha visto incrementado el consumo de esta sustancia psicoactiva tanto entre hombres como entre mujeres.

Los hipnosedantes son la única sustancia consumida por una mayor proporción de mujeres que de hombres, siendo la diferencia entre ambos sexos de alrededor de 10 puntos porcentuales. 1 de cada 4 mujeres ha consumido alguna vez en su vida hipnosedantes, frente al 15,9% de los hombres que manifiestan haberlos consumido alguna vez.

El consumo de drogas en el último año constituye un buen indicador del consumo reciente. Atendiendo al sexo y para el tramo temporal de los últimos 12 meses, al igual que ocurría para los consumos alguna vez en la vida, el consumo de sustancias psicoactivas está más extendido entre los hombres que entre las mujeres con la excepción de los hipnosedantes y los analgésicos opioides.

La diferencia más notable se registra para el consumo de alcohol (12,1 puntos), pues el 81,3% de los hombres declaran haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses, proporción que se reduce hasta el 69,2% en el caso de las mujeres que, además, han registrado en 2017 un descenso de 2,9 puntos de prevalencia con respecto a la cifra de 2015.

El consumo de cannabis también está más extendido entre los hombres que entre las mujeres situándose el diferencial en los 8,8 puntos. El consumo de cocaína en polvo destaca por carácter residual entre las mujeres (0,8%), encontrándose más extendido entre los varones (3,2%). Respecto a 2015 se produce un ligero incremento para ambos sexos.

Los hipnosedantes constituyen el único grupo de sustancias psicoactivas para las que la prevalencia de consumo está más extendida entre las mujeres que entre los hombres, situándose el diferencial en los 6 puntos (14,1% frente a 8,1%). En términos evolutivos, el consumo entre las mujeres se ha visto reducido en 1,7 puntos respecto al dato de 2015, manteniéndose estable en el caso de los hombres (8,3% en 2015), lo que ha supuesto una reducción de la diferencia entre ambos sexos de 1,5 puntos respecto al obtenido en las dos ediciones anteriores.

De nuevo, para los consumos realizados en los 30 días previos a la realización de la encuesta, y al igual que ocurría para el tramo temporal de los últimos 12 meses, el mayor diferencial entre hombres y mujeres se registra para el alcohol. El 71,5% de los varones reconocen haber consumido alguna bebida alcohólica durante este periodo, reduciéndose esta proporción hasta el 54,0% en el caso de las mujeres. También el consumo de tabaco se encuentra más extendido entre los hombres que entre las mujeres, situándose la diferencia entre ambos sexos en los 10 puntos porcentuales (43,8% entre los hombres y 33,8% entre las mujeres).

En cuanto a los hipnosedantes con o sin receta se registra mayor prevalencia de consumo en el último mes entre las mujeres (9,7%) que entre los hombres (5,4%). En el caso de los hombres el consumo se ha mantenido estable desde 2011, con porcentajes situados por encima del 5% pero siempre por debajo del 6%. Sin embargo, entre las mujeres, continúa el descenso del porcentaje de consumidoras iniciado en 2015 y que da lugar en 2017 a la cifra de prevalencia más baja para este grupo desde 2011.

Por sexo, el policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas) se encuentra más extendido en los hombres que en las mujeres en todos los tramos de edad. El tramo de edad de 25 a 34 años es donde los hombres registran un mayor porcentaje de policonsumo, donde algo más de la mitad ha consumido dos o más sustancias durante el último año.



Destacar que la Encuesta ha obtenido datos relativos a los problemas relacionados con las adicciones comportamentales incluyendo un módulo específico sobre Uso compulsivo de INTERNET y Juego con dinero online y presencial.

De las personas entrevistadas, el 2,9% han hecho un uso compulsivo de INTERNET (2,8% mujeres frente al 3,15 de hombres). Por intervalos de edad, el porcentaje más alto (9,5%) se encuentra entre las personas entrevistadas de entre 15 y 24 años.

Han jugado online el 3,5% de las personas entrevistadas (5,8% hombres, 1,2% mujeres). El porcentaje de personas que juegan de forma presencial es mucho más elevado situándose en el 59,5% (62,4% hombres, 56,6% mujeres). Aplicando los criterios diagnósticos del DSM-V en la población entrevistada que ha jugado dinero en los últimos 12 meses, el 15,4% cumple los criterios para Juego problemático y el 9,3% para Trastornos del juego.

Los datos expuestos confirman lo reflejado en análisis anteriores tanto a nivel nacional como en la comunidad autónoma. En la encuesta ESTUDES 2017 el consumo de todas las drogas ilegales estaba 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.

En la encuesta La Población Andaluza ante las Drogas XIV 2017, después del alcohol y el tabaco, las drogas con un uso más extendido en la población andaluza son el cannabis (29,2% de consumo alguna vez en la vida), la cocaína en polvo (7,5% alguna vez en la vida) y el MDMA (4,1% alguna vez en la vida). Los hombres presentan prevalencias de consumo más altas que las mujeres en prácticamente todas las sustancias analizadas. Las mujeres tienen prevalencias de consumo ligeramente más altas en los que se refiere a tranquilizantes e hipnóticos sin receta médica.

Tratamiento en la red asistencial:

Los datos extraídos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas sobre los indicadores Trata-miento y Urgencias indican:

Del indicador Admisiones a Tratamiento, se obtiene 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. Destacar que en 2018 las admisiones a tratamiento por juego patológico en Andalucía, ha alcanzado el número más alto de toda la serie histórica.

De manera global, en 2018 el porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento (17,1%) es muy inferior al de hombres (82,9%). 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 15,5%.

En las mujeres destacan las admisiones por alcohol, el 32,8%. El juego patológico representa para ellas un porcentaje notablemente menor que entre los hombres (1,6% vs 6,2%), al contrario de lo que ocurre con los tratamientos por hipnóticos y sedantes, que representan el 4,5% de las admisiones a tratamiento de mujeres y el 1,0% de las de los hombres. Las mayores diferencias entre ambos sexos se encuentran en las admisiones por cocaína (suponen el 28,5% de las admisiones de los hombres y el 16,1% de las de mujeres) y en las admisiones de tabaco (el 14,1% de las mujeres ha acudido a tratamiento por esta sustancia frente al 2,7% 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 diferencia más significativa está en las personas admitidas a tratamiento por hipnosedantes, grupo donde las mujeres tienen una media de edad de 9,2 años más que los hombres: 49 años y 39,8 respectivamente y en las admisiones por juego patológico donde las mujeres tienen de media 7,9 años más.



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 2018, el 30,8% de los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias fueron de mujeres y el 69,2% 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 (7,9% frente al 5,3%).

Atendiendo a todo lo expuesto cabe plantearse las siguientes CONCLUSIONES:

En concreto, este diagnóstico apunta a la necesidad de:

1. Profundizar en las causas que explican las diferencias observadas entre mujeres y hombres en el ámbito del consumo, la prevención y la atención, poniendo 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.
2. Prestar especial atención a las tendencias de consumo problemático de algunas sustancias en el caso de las chicas y chicos jóvenes.
3. 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.

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 que 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 deshabituación 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.

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.

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 revelan la necesidad de abordar la formación con una perspectiva de 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 programa presupuestario 31P se orienta a mejorar la calidad asistencial en la atención a la salud mental, así como cumplir con las normativas nacionales e internacionales sobre igualdad de género en salud en el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) e introducir la perspectiva de género como herramienta de trabajo que ayude a detectar las desigualdades entre hombres y mujeres se convierte en una prioridad.



Otra de las grandes prioridades del programa Servicio de apoyo a las familias es contribuir positiva-mente al fomento de la corresponsabilidad, a través del reparto equilibrado entre mujeres y hombres de las responsabilidades familiares, de las tareas domésticas y del cuidado de las personas en situación de dependencia. En este sentido, el programa presupuestario se ha fijado para 2020 objetivos como:

- * Mejorar la accesibilidad de niños y niñas y adolescentes a la atención especializada en salud mental, dotando a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) más deficitarias o las más alejadas de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMJ) con los recursos necesarios para atender a esta población.
- * Mejorar la salud bucodental de las mujeres embarazadas.
- * Visibilizar el rol de persona cuidadora, considerando las posibles diferencias que el factor de género pudiera producir en su desempeño.
- * Y para ello se acometerán actuaciones como:
- * Incorporación del enfoque de género en la atención especializada a la salud mental, tanto en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) como en las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMJ), en régimen ambulatorio y de hospitalización total o parcial a la población infantil y adolescente con trastorno mental.
- * Captación de las mujeres embarazadas para el programa de salud bucodental.
- * Captación activa de las personas cuidadoras de los pacientes incluidos en atención domiciliaria, haciendo especial hincapié en la captación y potenciación del cuidado por parte de los hombres
- * Refuerzo de la protección y apoyo social de las mujeres cuidadoras.

Igualmente se focalizarán los recursos hacia otras áreas como:

- * Cuidados domiciliarios
- * Rehabilitación y fisioterapia
- * Plan andaluz de Alzheimer
- * Salud mental infantil y juvenil bucodental
- * Personas con Trastorno Mental Grave (TMG)
- * Apoyo a las Familias en colaboración con el movimiento asociativo

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 16.83% de la población tiene más de 65 años -en torno a 1.200.000 personas-, de las cuales más de 411.000 superan los 80 años (datos de 2018). 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 18.78% de las mujeres andaluzas tiene hoy más de 65 años, frente al 14.82 % 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 es del 6.12% frente al 3.65 % de hombres; 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.

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 un profesional de enfermería de referencia para todos sus cuidados, ya sea en el centro de salud o en el domicilio.
- * Creación de la figura del profesional de enfermería comunitaria de enlace. Con formación específica sobre valoración integral y coordinación, este profesional de enfermería 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 personal médico y el profesional de enfermería del paciente y con los demás miembros del equipo de atención primaria, además de los familiares implicados.
- * Plan de formación. Se ha desarrollado una formación específica para todo el personal de enfermería comunitaria 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.
- * Plan de Comunicación. Dirigido a la población en general e informa sobre el compromiso de calidad de los servicios que presta el personal de enfermería de familia y comunitaria de enlace. 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 personal cuidador. 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 de enfermería, elementos de telecomunicación como teléfonos móviles para el personal de Enfermería Comunitaria de Enlace con el fin de garantizar un contacto rápido ante cambios en la situación del paciente.

FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.

Se trata de atención rehabilitadora que se oferta a la población por indicación médica, en el centro asistencial y en



el domicilio, con objeto de prevenir o intervenir sobre procesos discapacitantes cuyo curso se modifica favorablemente mediante tratamiento fisioterapéutico, ofreciendo así mismo asistencia domiciliar de terapia ocupacional para valorar y entrenar a las y los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria, adaptación de principios ergonómicos para la salud y adaptaciones del entorno.

La aplicación de los tratamientos fisioterápicos se realizará a las personas remitidas de acuerdo con la guía de procedimientos de Rehabilitación y Fisioterapia en Atención Primaria y atendiendo al Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas del Servicio Andaluz de Salud, que recoge la incorporación de los equipos móviles de rehabilitación y Fisioterapia en domicilio y el desarrollo de la terapia ocupacional en Atención Primaria, siendo un servicio dependiente orgánica y funcionalmente del Distrito de AP.

Dependiendo de la modalidad de la atención (tratamiento individualizado, tratamiento en grupo, tratamiento en domicilio, apoyo a la atención a domicilio o programas de prevención o de promoción de la salud), y de acuerdo con las guías de procedimientos, podrán derivar pacientes: Especialistas en Rehabilitación, Medicina de Familia, otros especialistas médicos, Enfermería de enlace y Enfermería de Equipos de Atención Primaria, según el protocolo establecido en cada caso.

Población diana

- * Pacientes con déficits funcionales, o discapacitados. Se estima que anualmente necesita atención fisioterapéutica individualizada en sala el 1% de la población general.
- * Pacientes con algias vertebrales, pacientes mastectomizadas y pacientes con otros problemas físicos susceptibles de mejoría sintomática mediante el aprendizaje de ejercicios y actividades de autocuidados.
- * Población beneficiaria de las actividades de promoción y prevención por parte del Equipo de AP mediante ejercicio y hábitos posturales saludables (escolares, trabajadores y ancianos).
- * Pacientes discapacitados físicos con imposibilidad de traslado a un centro sanitario y pacientes severamente discapacitados e inmovilizados. Se estima que anualmente necesitan tratamiento fisioterapéutico en domicilio el 0.06% de la población general.
- * Personas cuidadoras y cuidadores principales de pacientes discapacitados en el entorno familiar.
- * 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 domiciliar 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).

ALZHEIMER

Se estima que alrededor de 59.000 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 personas cuidadoras principales. De las personas cuidadoras, el 76% son mujeres; siendo el 21% del total de cuidadores mayores de 70 años.

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 personal de enfermería 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 pacientes.

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.

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

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.

Las Unidades de salud mental infanto-juvenil (USMIJ), desarrollan programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial. Durante el año 2018, 16.560 menores fueron atendidos en USMIJ.

En cuanto a los recursos humanos, los destinados a atender a esta población en las USMIJ son 181 profesionales, de ellos 73 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 personal de psicología clínica (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 241 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.

Para el año 2020 se estima un aumento de 51 profesionales distribuidos en 27 FEA, 20 de Enfermería Especialistas en Salud Mental, 3 Terapeutas Ocupacionales y 1 Trabajador Social para el Plan de Mejora de la Atención a Menores.

Líneas de actuación:

- * 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 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.

ATENCION A LA SALUD BUCODENTAL INFANTO-JUVENIL, PERSONAS CON DISCAPACIDAD y EMBARAZADAS

El Plan Andaluz Dental Asistencial (PADA) es la prestación asistencial dental para la población infantil de Andalucía comprendida entre los 6 y 15 años. Esto supone un total de más de 946.000 menores (datos de 2018).



Este plan se encuentra regulado por el decreto 281/2001 de la Junta de Andalucía y desarrollado por la Orden de 26 de diciembre de 2002, y se caracteriza por:

- * Su orientación preventiva.
- * La libre elección del profesional al que se puede acudir.
- * Un pago de la prestación básica por capitación y un pago por acto médico para los tratamientos especiales.
- * La creación de la figura del "dentista de cabecera", que es el responsable del mantenimiento de la salud bucodental de cada paciente.

En Andalucía los niños y niñas entre 6 y 15 años disfrutan de atención bucodental gratuita que incluye una asistencia dental básica y algunos tratamientos especiales. La asistencia se realiza generalmente en los centros de atención primaria. Padres y madres pueden elegir libremente dentista de cabecera.

Actualmente se encuentra en la fase de Documentos sometidos a información pública el proyecto de decreto por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años, donde la ciudadanía puede participar activamente para su resolución (resolución de 5 de abril de 2019, de la Secretaría General Técnica, por la que se acuerda someter a información pública el proyecto de decreto por el que se regula la prestación de la asistencia dental a las personas de 6 a 15 años protegidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía).

Atención bucodental a personas con discapacidad

El Sistema Sanitario Público de Andalucía contempla la asistencia dental para las personas cuya discapacidad física o psíquica aconseje la sedación o anestesia para realizar una exploración o un tratamiento de asistencia dental.

El dentista de atención primaria valorará:

- " Si el paciente requiere sedación o anestesia.
- " Si es necesaria una exploración o tratamiento.
- " Si el paciente debe ser atendido por los dentistas en el medio hospitalario.

Actividades dirigidas a las embarazadas

Actividades de promoción, prevención y asistencia bucodental que se presta a toda gestante que lo precise, debido a los cambios orales que se producen en la gestación normal.

Población diana

Número total de gestantes incluidas en el Proceso embarazo, parto y puerperio.

PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

El PISMA III proponía como objetivo: "Un incremento de los recursos humanos en el conjunto de los servicios de SM del SSPA, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria de cada ejercicio (la época en que se elaboró el Plan estuvo aún sujeta a las dificultades de la crisis económica y no se pudo publicitar la cuantificación realizada y que como se ha señalado se concretó en algo más de 200 profesionales). Con dicho incremento se garantizará una atención de calidad a la salud mental de la población, en todas las franjas etarias, en base a criterios de equidad y efectividad y a los principios establecidos en este Plan".

La asignación de ese incremento en recursos humanos se destinará a la mejora de la calidad de la atención ambulatoria-comunitaria, priorizando las siguientes áreas:

- * Atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia en las USMC y las USMI-J.
- * Consolidación del Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (TMG).



- * Afianzamiento del PAI de Ansiedad, Depresión, y Somatizaciones (ADS).
- * La Consolidación del PAI TMG se centrará de manera específica en:
- * Atención a los primeros episodios de psicosis.
- * Atención basada en el modelo de tratamiento asertivo comunitario a la población con TMG con mayor complejidad y/o situación de riesgo de exclusión o dependencia.
- * Atención a personas con TMG sin hogar.
- * Atención a población con TMG internada en centros penitenciarios.

Para el año 2020 se estima un aumento de 61 profesionales distribuidos en 12 FEA, 32 de Enfermería Especialistas en Salud Mental y 17 Terapeutas Ocupacionales para el Plan de Mejora de la Atención a personas con TMG.

APOYO A LAS FAMILIAS EN COLABORACIÓN CON EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

Un elemento central del planteamiento del III PISMA es el empoderamiento de la persona con enfermedad mental y de su familia. Empoderamiento que en el contexto de salud mental se refiere al grado de elección, influencia y control que las personas usuarias de los servicios de salud mental y sus familiares pueden ejercer en los acontecimientos que se producen en sus vidas.

Durante el año 2018, más de 267.000 personas diferentes fueron atendidas en los diferentes servicios de Salud Mental del SSPA.

Para lograr el cumplimiento de este objetivo general se plantean varios objetivos operativos:

- * Potenciar la red de apoyo mutuo entre iguales (entre pacientes y entre familiares), poniendo en valor las experiencias vividas en primera persona tanto por parte de los pacientes como de sus familiares.
- * Facilitar al paciente y a su familia herramientas para convivir con la enfermedad mental, mediante acciones formativas/educativas que aporten información y experiencia sobre la propia enfermedad, los efectos que produce en las vidas de las personas afectadas y sus familias, las diferentes opciones de tratamiento, las redes de servicios disponibles, las diferentes estrategias de afrontamiento y las posibilidades de tener un proyecto de vida con sentido a pesar de la enfermedad.
- * Disminuir el estigma y la discriminación asociada a la enfermedad mental, poniendo en valor las experiencias locales basadas en criterios de efectividad, las iniciativas de carácter intersectorial y las acciones dirigidas a fomentar el contacto social entre personas afectadas, familias, profesionales y población general.
- * Fortalecer los movimientos asociativos de familiares y de personas con enfermedad mental, y extenderlos por toda la geografía andaluza, aglutinando las diferentes iniciativas locales en torno a las federaciones ya constituidas.

Estos objetivos se están consiguiendo a través de las Asociaciones de familiares y personas con problemas de enfermedad mental. Para la consecución de estos objetivos operativos se establece un programa de actividades que incluye, entre otras, la descripción de las acciones a desarrollar, los recursos necesarios para su desarrollo, los indicadores de evaluación y su coste.

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 mejorar el acceso y la atención de la infancia y la adolescencia en USMC y USMIJ

Disponer de mayores recursos humanos para mejorar el acceso y la atención de la infancia y la adolescencia en Unidades de Salud Mental Comunitaria y Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil.

ACT.2.3.1 Mejora de la atención de los facultativos a la población infantil y adolescente en las USMC y USMIJ

Refuerzo a través de Facultativos Especialistas de Área con dedicación exclusiva a la población infantil y adolescente.

ACT.2.3.2 Mejora de la atención del personal de Enfermería Especialista y Terapeutas Ocupacionales a la población infantil y adolescente

Refuerzo a través de Personal de Enfermería Especialistas y Terapeutas Ocupacionales con dedicación exclusiva a la población infantil y adolescente.

OO.2.4 Disponer de mayores recursos humanos para la Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (TMG)

Se busca proteger y garantizar los derechos de salud de las personas con Trastorno Mental Grave.

ACT.2.4.1 Mejora de la atención asertiva comunitaria de los facultativos a la población con Trastorno Mental Grave

Refuerzo a través de Facultativos Especialistas de Área con dedicación exclusiva al tratamiento asertivo comunitario en la población con Trastorno Mental Grave (TMG).

ACT.2.4.2 Mejora de la atención asertiva comunitaria de Enfermeras Especialistas y Terapeutas Ocupacionales a la población con TMG

Refuerzo a través de Personal de Enfermería Especialistas y Terapeutas Ocupacionales con dedicación exclusiva al tratamiento asertivo comunitario en la población con Trastorno Mental Grave (TMG).

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 Promoción e identificación del rol de cuidador

Se busca incrementar el número de personas cuidadoras con tarjeta + Cuidados.

OE.4 Apoyar la salud en el entorno familiar

OO.4.1 Evaluar e identificar a las Personas incluidas en "Atención a personas Cuidadoras con diagnostico de Cansancio del cuidador"

Se trata de conocer como varía anualmente el número de personas incluidas en Cartera de Servicios "Atención a personas Cuidadoras con diagnostico de Cansancio del cuidador".

ACT.4.1.1 Inclusión de personas Cuidadoras con diagnóstico "Cansancio del Cuidador" y con valoración de criterio de resultados

Personas cuidadoras vulnerables a la percepción de dificultad de desempeñar su rol de cuidador familiar.

OO.4.2 Atender a las personas con necesidades de continuidad de cuidados al alta Hospitalaria

Se trata de conocer la variación anual de Personas atendidas con necesidad de continuidad de cuidados al alta hospitalaria (víspers fines de semana y festivos).

ACT.4.2.1 Identificación de Pacientes frágiles con necesidades de continuidad de cuidados en el domicilio

Personas con necesidad de continuidad de cuidados incluidos en el Plan de seguimiento telefónico para continuidad de cuidados en domicilio.

OO.4.3 Mejorar la Red de apoyo mutuo a la Salud Mental a través de ayudas a las Familias y Usuarios

Mejorar la Red de apoyo mutuo a la Salud Mental a través de ayudas a las Familias y Usuarios para



establecer mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y personas con trastornos mentales.

ACT.4.3.1 Fortalecimiento del movimiento asociativo de familiares en torno a la federación

FEAFES-Andalucía

Fortalecimiento del movimiento asociativo de familiares -extendiéndolo por toda Andalucía-, aglutinando las diferentes iniciativas locales en torno a la federación FEAFES-Andalucía..

ACT.4.3.2 Fortalecimiento del movimiento asociativo de personas con enfermedad mental en torno a la federación FEAFES-Andalucía

Fortalecimiento del movimiento asociativo de personas con enfermedad mental -extendiéndolo por toda Andalucía-, aglutinando las diferentes iniciativas locales en torno a la federación En Primera Persona.

PROGRAMA 41B- FORMACIÓN SANITARIA, CONTINUA Y POSTGRADO

6.1 Diagnóstico de la situación que justifica la intervención pública

La formación continuada, la gestión del conocimiento y el desarrollo profesional forman parte de los elementos que mayor valor añadido aportan a un Sistema Sanitario Público de Calidad. Con esta visión, la publicación y entrada en vigor de diversas leyes de ámbito nacional como son la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud y Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público; han venido a establecer un nuevo marco de la formación continuada del personal estatutario, funcionario y laboral perteneciente al Servicio Andaluz de Salud, que conlleva adecuar la normativa que regule dicha formación a la realidad organizativa del Servicio Andaluz de Salud.

En la correlación de derechos y deberes que se establece en todas las organizaciones sanitarias respecto a las políticas de personal que tiene que llevar a cabo el desempeño de las tareas y actividades profesionales que les son propias, la Ley 55/2003 establece el derecho del personal estatutario a una formación continuada adecuada a la función del desempeño en el puesto de trabajo, así como el deber de mantener debidamente actualizados los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin insta a los centros sanitarios a que faciliten el desarrollo de actividades de formación continuada.

Esta declaración de intenciones se corrobora con lo previsto en la Ley 16/2003, al orientar la formación y el desarrollo de la competencia técnica de sus profesionales a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, para lo que se requiere una actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y a garantizar la seguridad del paciente.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, define la formación continuada como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tiene derecho y obligación toda persona que ejerce como profesional sanitario, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado-grado-posgrado o de especialización, y que está destinado a actualizar y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes ante la evolución científico-tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario.

La citada Ley 44/2003 insta a las instituciones y centros sanitarios a facilitar la realización de actividades de formación continuada y, asimismo, dispone el establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por el personal que participa en ellas y del funcionamiento del propio sistema de formación. También establece la necesidad de la acreditación de los centros y actividades de



formación continuada, al exigir dicha acreditación para poder acceder a subvenciones con cargo a fondos públicos, así como para que las actividades formativas puedan ser valoradas en la carrera profesional.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Decreto 203/2003, de 8 de julio, ha venido a regular el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y las estructuras organizativas necesarias para su desarrollo, respondiendo sus objetivos a las siguientes necesidades:

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

Por otra parte, el nivel cuantitativo y cualitativo que ha alcanzado la formación continuada en el Servicio Andaluz de Salud en los últimos años, pone de manifiesto la necesidad de dotarlo de una estructura funcional eficaz para su gestión, así como de proporcionarle nuevas herramientas que permitan una óptima utilización de los recursos disponibles.

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, atribuye a la Dirección General de Personal la planificación, coordinación, gestión operativa y evaluación de la docencia, formación y actualización profesional, en el marco de las competencias propias, en los centros adscritos orgánica y funcionalmente al Servicio Andaluz de Salud y a las entidades adscritas.

En el marco de la estructura anterior, se ha puesto 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 la 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.

Por otra parte, el desarrollo actual de los sistemas y tecnologías de la información y la comunicación abren un nuevo escenario de posibilidades que permite facilitar el acceso de los profesionales a la formación continuada y a la consecución de los objetivos definidos, que hace necesario regular esta nueva forma de acceso a la formación en el Servicio Andaluz de Salud, así como consolidar las nuevas metodologías y herramientas docentes en el proceso de desarrollo personal y profesional.

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).

El estudio del entorno permite analizar la situación de la estructura para la formación establecida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), del que 30,09% son hombres y 69,91% mujeres, así como el dimensionamiento de los profesionales destinatarios de la formación: Personal Sanitario Facultativo (con un 55,54% de mujeres y un 44,46% de hombres), Personal Sanitario no Facultativo (con un 16,74% de hombres y un 83,26% de mujeres) y Personal no sanitario (con un 38,25% de hombres y un 61,75% de mujeres).

En base a este análisis, 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.

Se potencia 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. (apuesta por la innovación y la investigación en formación).



Hay que indicar que la participación de los profesionales en las actividades formativas presenciales es del 71,30% en el caso de las mujeres y del 28,70% en el de los hombres. En cuanto a las actividades formativas externas, el 64,84% de los participantes son mujeres y el 35,16% son hombres. Finalmente, con respecto a la teleformación, hay que reseñar que, del total de participantes en estas actividades, el 77% son mujeres y el 23% hombres.

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.

Para conseguir el objetivo de igualdad en la formación, a lo largo de 2020 se promoverán actuaciones del siguiente tipo:

- * Promoción de la realización de actividades formativas en materia de igualdad de género.
- * Promoción de la realización de actividades formativas para abordar de forma adecuada la detección y la atención a la violencia de género en sus múltiples manifestaciones.
- * Análisis de las actividades formativas donde exista infrarrepresentación de alguno de los dos sexos.
- * Desarrollo de GESFORMA corporativo como aplicación fundamental para la planificación y gestión de la formación, aportando información desagregada por sexo para el análisis y corrección de eventuales situaciones de desigualdad.

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 Corporativo

Se busca que los centros gestionen sus necesidades formativas a través de GESFORMA Corporativo.

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

Se busca que los centros elaboren sus Planes de Formación a través de GESFORMA Corporativo.



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 Impulso de la participación del alumnado femenino en actividades formativas donde su representación sea inferior al 40%

Se busca fomentar la participación del alumnado femenino en actividades formativas donde su representación sea inferior al 40%.

ACT.2.1.2 Impulso de la participación del alumnado masculino en actividades formativas donde su representación sea inferior al 40%

Se busca fomentar la participación del alumnado masculino en actividades formativas donde su representación sea inferior al 40%.

ACT.2.1.3 Realización de actividades formativas con perspectiva de género

Se impulsa la realización de actividades formativas con perspectiva de género para contribuir a reducir la brecha de desigualdad en salud en la población.



ACT.2.1.4 Impulso de la participación de los profesionales en actividades formativas con perspectiva de género

Impulso de la participación de los profesionales en actividades formativas que contribuyan a la igualdad de género en formación continuada.

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 2020 se orientará la Estrategia de la Asistencia Sanitaria que afecta al Programa 41C entorno a nueve objetivos estratégicos. Uno de ellos aparece como novedad en este ejercicio.

La Atención Primaria, como eje vertebrador del sistema sanitario, estructurándose a su vez en siete objetivos operativos, seguirá siendo la gran apuesta de la organización.

También se sigue impulsando el objetivo estratégico: "Conseguir la igualdad de género y reducir la brecha de desigualdad en salud en la población". Para ello, se seguirá trabajando en la Comisión de Género y Salud que velará por el buen desarrollo del Plan de Igualdad y adoptará, en su caso, los pactos o acuerdos que puedan ser necesarios para ello respecto de las materias que tiene atribuidas, obteniendo la máxima eficacia y eficiencia en los procesos dirigidos a conseguir la igualdad efectiva.

Así mismo, 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.

Por último, se incluye un nuevo objetivo estratégico, Apoyo a la salud en el entorno familiar. Este objetivo estratégico abarca, proporcionar soporte sanitario a la ley de Dependencia. El SSPA tiene entre sus objetivos proporcionar herramientas para que el paciente y su cuidador/a se adapten mejor a su entorno cotidiano y les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos gravosos a pesar de sus problemas de salud. También se incluye la nueva estrategia de pacientes crónicos, la continuidad de cuidados y el apoyo a las personas cuidadoras.

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 (72.352.340 en 2018) o visitas domiciliarias necesarias (3.764.527 en 2018), 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 seguir mejorando 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 los 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 la Base Poblacional de Salud, lo que permitirá ampliar las posibilidades de análisis e investigación de los profesionales.

La atención a Pacientes crónicos con planes personalizados mediante intervenciones de promoción de la salud y prevención de riesgos realizadas desde los centros sanitarios, seguirá siendo uno de los fines del SSPA.

Así mismo, se quiere desarrollar el Proyecto Estratégico de Alta Resolución Diagnóstica y Terapéutica en Atención Primaria, cuyo objetivo es favorecer el acto único, evitar consultas innecesarias, mejorar los tiempos de respuesta de la asistencia e incrementar la resolución diagnóstica y terapéutica de los profesionales de Atención Primaria.

Todo ello requerirá, una importante inversión tecnológica y planes de formación continua, para actualizar y desarrollar las competencias necesarias para el uso de tecnologías.

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 (3.552.248 urgencias hospitalarias en 2018) 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 Planes Integrales o de Salud para las enfermedades más prevalentes (cardiopatías, oncología, diabetes, obesidad infantil, etc.). En 2020 el esfuerzo se centrará en hacer aterrizar éstos al ámbito local y así percibirse de forma efectiva por parte de la población, al conocerse y abordarse la variabilidad en las distintas poblaciones, cubriendo todo el territorio de la comunidad autónoma.

Para ello, se avanzará en el desarrollo de los planes integrales con perspectiva de género, priorizando los siguientes Planes: Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares, Plan Integral de Salud Mental, Plan Integral de Oncología, Plan andaluz de cuidados paliativos (PACPA) y Plan andaluz del ictus (ictus), centrando los esfuerzos para avanzar en el análisis 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 en torno 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 (1.126.087 inmunizaciones en 2018), mejorar la organización y la formación de los profesionales para la atención de las mujeres víctimas de la violencia de género y de sus hijos e hijas y el 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, parto y puerperio.

Se va a seguir incrementando el número de Grupos Socio educativos (GRUSE) tanto para hombres como para mujeres (al menos 3.240 personas en 2018), así como los planes específicos para las Zonas con necesidades 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 2020 la consolidación de los nuevos cambios en la vacunación, así como, impulsarla 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 y saludable, 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 2020 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, reduciendo la brecha de género en un 5%, donde ya 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, para ello se impartirán cursos que inciden en este aspecto.

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 2018: 163.752 urgencias, 434.480 sesiones de hemodiálisis, etc.).

Se concierta asistencia de urgencias, estudios con determinadas técnicas diagnósticas, tratamientos de hemodiálisis o rehabilitación e intervenciones quirúrgicas

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 (profesionales de Enfermería Especializada de Práctica Avanzada en heridas crónicas complejas, en cuidados oncológicos, etc.) y nuevos roles para Enfermería.

Desde 2016, se ha venido desarrollando un pilotaje de la EPA (Enfermería de Práctica Avanzada) en Heridas Crónicas Complejas, objetivándose una disminución del gasto farmacéutico en apósitos, disminución de derivaciones a especialistas hospitalarios, 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 profesionales de



Enfermería 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.

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 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 de calidad de vida además de escuelas de pacientes en los centros y un plan de mejora en Unidades de Atención a la Ciudadanía (UAC).

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

Se sigue potenciando el apoyo del SAS a la actividad investigadora en general, incrementándose de forma significativa el número de profesionales de especializada y primaria dedicados a la investigación. Como objetivo operativo se plantea la necesidad de aumentar en un 4.5% el número de sustituciones para que los profesionales del SAS se puedan dedicar al proyecto de investigación; aumentar hasta 62 el número de clínicos contratados para investigación, así como, potenciar el Programa Nicolás Monardes para investigadores no clínicos, hasta un objetivo de 43 profesionales. Para el fomento de la actividad investigadora se plantea llegar a 937 proyectos activos, lo que significaría un incremento del 7% de los realizados en 2018. En todos estos trabajos se analiza y fomenta la perspectiva de género, favoreciendo la disminución de la brecha de género en la investigación.

En el mismo sentido, como se plantea en otro objetivo operativo, se pretende potenciar la investigación en Atención Primaria a través de 120 proyectos, lo que significa un incremento del 7% con respecto a lo evaluado en 2018; además de incrementar la financiación en la convocatoria abierta y permanente de ayudas de proyectos de Atención Primaria.

En ambos Objetivos Operativos, se plantea seguir avanzando en el estudio de los determinantes sociales y clínicos de la enfermedad, para implementar y desarrollar medidas eficaces para el aprovechamiento de los recursos comunitarios. Todo este trabajo debe estar analizado y valorado desde la perspectiva de género, como eje vertebrador de una sociedad más igualitaria.

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/personal de enfermería, así como elaborar 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 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 completar 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).

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: Guía para el Diagnóstico de Situación de Género y Resultados en Salud.

OE 9 - Apoyo a la salud en el entorno familiar.

La permanencia del paciente en su domicilio conlleva efectos positivos y objetivables para su propia salud. El SSPA tiene entre sus objetivos proporcionar herramientas para que paciente y su cuidador/a se adapten mejor a su entorno cotidiano y les ayude a mantener niveles de dependencia que resulten menos gravosos a pesar de sus problemas de salud. La mejora del entorno domiciliario previene el deterioro cognitivo y el desarrollo de estados confusionales que pueden darse ante la falta de apoyo. Por otra parte, se dignifica su situación de dependencia en el domicilio durante el transcurso de su enfermedad o desenlace.

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

El 14 de diciembre de 2006 fue publicada la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La ley expresaba que la atención se debe orientar a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades. Así mismo determinaba que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y prestaciones económicas, y serán destinadas para promover la autonomía personal y atender a aquellos con dificultad para realizar las AVDs (Actividades de la vida diaria).

Para la valoración de los grados establecía que las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, los cuales emitirán un dictamen sobre el grado de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. El grado de dependencia, a efectos de su valoración, se determinará mediante la aplicación de un baremo que se acuerda en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En Andalucía, la valoración la lleva a cabo personal de Enfermería con la realización de informes de condiciones de salud, proporcionando así soporte sanitario a la ley de Dependencia.

Este objetivo estratégico también abordará potenciar el autocuidado y el afrontamiento efectivo en personas con problemas crónicos de salud (insuficiencia cardíaca, diabetes, EPOC) para lo cual, llevará a cabo una serie de actuaciones como desarrollar Tics para la adquisición y/o mantenimiento de hábitos saludables, para el seguimiento y refuerzo de los objetivos de educación terapéutica y la extensión de escuelas de pacientes o grupos de ayuda mutua.



Así mismo, desarrollará, mediante un enfoque integrado, un modelo de atención efectivo para el abordaje de personas en situación de cronicidad compleja para lo cual, llevara a cabo una serie de actuaciones como la identificación de pacientes crónicos complejos, la elaboración de un Plan personalizado a cada persona identificada con cronicidad compleja y el desarrollo de Unidades de Continuidad de Cuidados en las áreas sanitarias que componen el Servicio Andaluz de Salud, entre otras.

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 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 Asistenciales como instrumento de acuerdo de objetivos en todas las UA de AP

Definidos los Acuerdos Asistenciales (AA), servirán de punto de partida para definir, a su vez, los objetivos en todas las UA.

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 Implantación del Catálogo de pruebas diagnósticas SSPA.AP. Implantación

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

ACT.1.5.2 Impulso del acceso de profesionales de las Unidades Asistenciales a la base poblacional de salud

A través de profesionales de las unidades asistenciales que acceden a la plataforma base poblacional de salud (bps)

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 Impulso de los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) con servicio de Rayos X hasta las 22 horas

Se busca reforzar el funcionamiento del servicio de Rayos X en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) hasta las 22 horas.

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 Potenciación de la actividad del hospital de día quirúrgico

ACT.2.1.2 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

OO.2.3 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.2.3.1 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.2.3.2 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.2.3.3 Implantación del código ICTUS en toda la comunidad de Andalucía



Se trata de impulsar la implantación del código ICTUS en los centros hospitalarios.

ACT.2.3.4 Implantación del programa TELEICTUS en todo el territorio de la Comunidad Autónoma

Se trata de impulsar la implantación del programa TELEICTUS en las provincias.

ACT.2.3.5 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.2.3.6 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.2.3.7 Análisis de pacientes con SCACEST con tratamiento de Fibrinólisis o Angioplastia primaria incluidos en ARIAM-Andalucía

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

ACT.2.3.8 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.2.3.9 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.2.3.10 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.2.3.11 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 Unidades Asistenciales 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 Desarrollo de sesiones formativas en materia de violencia de género

Sesiones formativas en materia de violencia de género realizadas.

ACT.3.2.2 Promoción de la formación en materia de violencia de género entre los profesionales sanitarios

Profesionales sanitarios formados en materia de violencia de género.

ACT.3.2.3 Creación de Comisiones interdisciplinarias activas contra la violencia de género

Comisiones interdisciplinarias para la violencia de género de centro sanitario activas.

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.



ACT.3.3.2 Incremento del número de consultas medicas no presenciales

Consultas medicas no presenciales (llamadas telefonicas, telemedicina, etc.

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 Seguimiento del Plan de Atención Perinatal, Atención temprana, Salud infantil y adolescente (PSIAA)

Niños/as de 4 años a los que se les han realizado 6 o más controles pediátricos.

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 vacunacion 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 Realizar actividades de participación ciudadana contempladas en el Plan de actuación en el Área de Participación Ciudadana

Centros sanitarios que realizan actividades de participación ciudadana contempladas en el Plan de actuación en el Área de Participación Ciudadana.

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

Centros y empresas sanitarias con presencia digital en redes sociales/ N° de Centros y empresas sanitarias.

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

Centros y empresas sanitarias que suscriben 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 UA de oncología de hospitales de nivel 3

Profesionales que se han incorporado como "Enfermería Especializada de Práctica Avanzada" (EPA) en cuidados oncológicos.

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.

ACT.5.3.6 Incorporación de Enfermería Especializada en Pediatría según catálogo de puestos definidos para el ámbito comunitario

Puestos definidos en el ámbito comunitario y hospitalario para la incorporación de Enfermería Especializada en Pediatría.

ACT.5.3.7 Incorporación de Enfermería Especializada del Trabajo según catálogo de puestos en el ámbito comunitario y hospitalario

Puestos definidos en el ámbito comunitario y hospitalario para la incorporación de Enfermería Especializada en el trabajo.



OO.5.4 Disminuir el número de cesáreas practicadas

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

ACT.5.4.1 Mejora de los medios diagnósticos de la condición fetal y de los protocolos establecidos para cada situación

ACT.5.4.2 Establecimiento de un objetivo de reducción de cesáreas practicadas en los contratos programa de los centros hospitalarios

Porcentaje de cesáreas adecuado 15%.

OO.5.5 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.5.5.1 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.5.5.2 Promoción de las Escuela de Pacientes

Escuela de Pacientes en el 100% de los centros.

ACT.5.5.3 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 la Actividad Investigadora en Unidades Asistenciales

Personal investigador clínico y no clínico, así como profesionales del SAS intensificados para su actividad investigadora.



ACT.6.1.2 Fomento de la Actividad Investigadora

A través de proyectos de 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 Disminuir el peso relativo de las jornadas realizadas por el personal con nombramiento eventual

.

ACT.7.1.1 Inclusión de categorías con mayor relevancia en Atención Primaria en la Oferta Pública de Empleo

.

ACT.7.1.2 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.

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 .

OE.9 Apoyar la salud en el entorno familiar

OO.9.1 Proporcionar soporte sanitario a la ley de Dependencia

Informes realizados sobre condiciones de salud.

ACT.9.1.1 Realización de informes sobre condiciones de salud por profesionales de Enfermería de Atención Primaria

Se trata de informes sobre condiciones de salud por profesionales de Enfermería de Atención Primaria, dando soporte sanitario a la ley de Dependencia.

OO.9.2 Potenciar el autocuidado y el afrontamiento efectivo en personas con problemas crónicos de salud

Personas que reciben programas estructurados de educación terapéutica.

ACT.9.2.1 Desarrollo de TICs para la adquisición y/o mantenimiento de hábitos saludables

Personas que utilizan TICs corporativas sobre hábitos saludables.

ACT.9.2.2 Desarrollo de Tics para el seguimiento y refuerzo de los objetivos de educación terapéutica



Personas con problemas crónicos de salud que utilizan TICs corporativas de seguimiento y refuerzo terapéutico.

ACT.9.2.3 Extensión de escuelas de pacientes o grupos de ayuda mutua

Personas con problemas crónicos de salud que acuden a formación en escuelas de pacientes.

OO.9.3 Desarrollar, mediante un enfoque integrado, un modelo de atención efectivo de personas en situación de cronicidad compleja

Personas priorizadas en situación de cronicidad compleja con seguimiento proactivo por parte de los equipos asistenciales

ACT.9.3.1 Identificación de pacientes crónicos complejos

Sistemas de alarma en aplicaciones asistenciales de AP, hospital y urgencias en personas con cronicidad compleja.

ACT.9.3.2 Elaboración de un Plan personalizado a cada persona identificada con cronicidad compleja

Personas en situación de cronicidad compleja con planes de acción personalizados.

ACT.9.3.3 Desarrollo de Unidades de Continuidad de Cuidados en las áreas sanitarias que componen el Servicio Andaluz de Salud

Centros hospitalarios que disponen de Unidades de Continuidad Asistencial.

ACT.9.3.4 Desarrollo de Unidades de Alta Complejidad de Cuidados en hospitales del Servicio Andaluz de salud

Centros hospitalarios que disponen de Unidades de Alta Complejidad.

ACT.9.3.5 Disponibilidad de Equipos de atención específica que garanticen la atención integral de las personas con cronicidad compleja

Disponibilidad de Equipos de atención específica (médico internista-enfermera gestora de casos) que garanticen la atención integral de las personas con cronicidad compleja en las áreas de hospitalización del Servicio Andaluz de Salud .

ACT.9.3.6 Desarrollo de centros de cuidados transicionales en las áreas sanitarias que componen el Servicio Andaluz de Salud

Centros de cuidados transicionales y recuperación funcional.

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 todos los componentes de la sangre de uso no transfusional, autólogos y homólogos.

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 Centros de Transfusión, Tejidos y Células (CTTC), uno por provincia, que constituyen la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células (RMTTC), 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. Asimismo son los responsables de la declaración de reacciones adversas por la transfusión de componentes sanguíneos en su provincia y el estudio de las reacciones graves que se producen en nuestra comunidad.

Los 8 Centros de Transfusión 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 2018 se enviaron a los hospitales públicos de nuestra comunidad: 1.810.290 gr de Albúmina, 252.410 gr de Inmunoglobulinas, 8.246.000 u.i. (unidades internacionales) de Factor VIII, 981.000 u.i. de Factor IX, 1.246.000 u.i. de Antitrombina III y 2.463 gr de Alfa 1 antitripsina. Actualmente la media de autosuficiencia en Andalucía respecto de la Albúmina es del 71,34% y de las Inmunoglobulinas llegamos hasta el 36%, planteándose para el 2020 alcanzar el 80% y al 45% 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 2018 se trasplantaron 408 córneas, 3.704 tacos de hueso en traumatología, 30 segmentos de vasos sanguíneos, 37 válvulas cardíacas, 76.204 cm cuadrados de piel, etc., siendo los Centros de Córdoba y Málaga los responsables del procesamiento y conservación de tejidos para su trasplante.

En 2018 en los Centros se elaboraron componentes sanguíneos de uso no transfusional en distintas formulaciones: más de 34.000 viales de colirio autólogo para 3.000 pacientes, 5.689 unidades de infiltraciones de plasma rico en factores de crecimiento que fueron utilizadas en 1.121 infiltraciones articulares, 330 geles de plaquetas, 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 (67 unidades el pasado año) cada unidad enviada nos permite el estudio y conservación de 18 unidades.

Otra de las actividades que se desarrollan 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 2018 hemos alcanzado la cifra de 6.504).

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 2018 hemos tenido 33.881 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 185.159).

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, es por ello que se hace un control estricto de cualquier reacción tras la administración de cualquier componente sanguíneo y desde la más leve hasta la muerte deben ser declaradas y estudiadas para conocer su causa y así evitarla en las próximas transfusiones que se realicen, teniendo en cuenta todos los profesionales que en ella intervienen, dado que cualquier error puede tener consecuencias graves. Al principio tendemos a evitar la declaración que no tiene consecuencias drásticas, pero se debe concienciar en realizarla porque a la larga es un trabajo positivo que va a evitar situaciones graves.

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 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.

Por tanto, como resumen de las principales líneas estratégicas de actividad que desarrolla la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células están las siguientes:

* Promoción de la donación de sangre y plasma: sin la donación altruista de sangre y plasma que realiza la



población no sería posible obtener los componentes sanguíneos y hemoderivados necesarios para la atención sanitaria de aquellos pacientes que lo requieren, por ello el mantener, y en su caso incrementar las donaciones es clave para todo el proceso de Hemoterapia.

- * Producción de Componentes Sanguíneos para la transfusión.
- * Producción de Hemoderivados para la atención sanitaria de los pacientes que lo requieren.
- * Producción de Tejidos para trasplantes.
- * Producción de Componentes Sanguíneos de uso no transfusional.
- * Tipaje de donantes de médula ósea.
- * Servicio de Transfusión Sanguínea.
- * Declaración y estudio de reacciones adversas a la transfusión de componentes sanguíneos.

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 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.

ACT.1.4.2 Medición de la actividad del Banco de sangre de Cordón

Cordones procesados en el año frente a los enviados para su trasplante.

OO.1.5 Mejorar la declaración de reacciones adversas tras la transfusión de componentes sanguíneos para poder evitarlas

Prevenir reacciones adversas declaradas tras la transfusión de componentes sanguíneos.

ACT.1.5.1 Promoción del estudio de las reacciones graves tras la transfusión de componentes sanguíneos

Grado de estudio de las reacciones adversas graves tras la transfusión de algún componente sanguíneo.



ACT.1.5.2 Impulso de la declaración de reacciones adversas graves tras la transfusión de algún componente sanguíneo antes de 24 horas

Reacciones adversas graves comunicadas antes de 24 horas.

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. Nuestra comunidad ocupa un lugar destacado a nivel mundial en donación-trasplante, a gran distancia de los países avanzados de nuestro entorno, como Alemania, Reino Unido o EEUU. La probabilidad de trasplantarse en nuestro sistema sanitario público, en caso de necesitarlo, es doble que la media de los 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, más de 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, con más de 18.000 trasplantes de órganos realizados hasta finales de mayo de 2019.

Concretamente, podemos citar algunas cifras que muestran la evolución de la actividad de donación y trasplante en nuestra Comunidad Autónoma: 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 244 trasplantes de órganos sólidos y en el pasado año 2018 se llevaron a cabo 931 trasplantes gracias a la generosidad de 440 donantes. Estas cifras de donación son excelentes, superiores a las de la media de España, país líder mundial en donación de órganos. A fecha de 31 de diciembre de 2018, ya llevábamos 17.609 trasplantes de órganos: 11.303 enfermos renales trasplantados, 4.251 trasplantes hepáticos, 1.148 trasplantes cardíacos, 595 de pulmón y 412 de páncreas. Por consiguiente, son ya muchos los andaluces que se han beneficiado de los programas de trasplantes de órganos, salvando sus vidas o mejorando la calidad de las mismas. En gran parte, estos resultados están vinculados a la aceptación a la donación de la sociedad andaluza. Así, si a principios de los noventa la negativa a donar era del 40%, en el año 2018 se situó en el 13,7% (siendo la media nacional del 14,8%). Dicho de otra forma, si hace 25 años sólo el 60% de la sociedad andaluza decía sí a la donación, ahora lo hace más del 86%.

Respecto a la actividad de donación y trasplante de tejidos, desde la creación de la CATA se han llevado a cabo cerca de 50.000 implantes de diversos tejidos (córneas, tejido óseo y tendinoso, válvulas cardíacas, segmentos vasculares, piel, membrana amniótica, etc.) y de progenitores hematopoyéticos (que incluye a los de médula ósea). En varios de dichos tejidos la actividad de donación y trasplante se encuentra en la media nacional o incluso por encima, salvo en el caso de los donantes y trasplantes de córneas, segmentos vasculares y algunas modalidades de trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH). A pesar de que tan sólo en el año 2018 se realizaron 560 trasplantes de córneas y 546 TPH, estas cifras sitúan a Andalucía por debajo de la media nacional cuando se contabilizan por millón de habitantes, siendo necesario reforzar las medidas encaminadas a la mejora



de la actividad. Además, la escasez de donantes de segmentos vasculares, obliga a la adquisición de dichos tejidos fuera de Andalucía, teniendo un impacto económico negativo para el SAS.

Por tanto, nuestros objetivos para 2020 se orientan a mantener la excelencia en la donación y trasplante de órganos y mejorar la actividad de donación y trasplante de algunos tejidos. Se propone mantener una tasa de donantes de órganos por encima de 50 por millón de población, objetivo marcado para 2022 para todas las CCAA de acuerdo al Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022 del Sistema Español de Donación y Trasplante, lo que permitiría realizar, al menos, 110 trasplantes de órganos por millón de población, y mejorar el número de donantes de tejidos, en especial de córneas y segmentos vasculares, hasta los 300 y los 15 respectivamente, lo que significaría una mejora de la tasa de trasplante de córneas y la autosuficiencia en el trasplante de segmentos vasculares.

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 Consolidar una tasa anual de 50 donantes de órganos por cada millón de habitantes

Se plantea alcanzar nuevamente 50 donantes de órganos por cada millón de habitantes, que es el objetivo marcado para 2022 para todas las CCAA en el Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022 del Sistema Español de Donación y Trasplante.

ACT.1.1.1 Mejora de la dotación de la Red de Coordinadores de Trasplantes hospitalaria de la CATA para alcanzar la media española

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 Adhesión de nuevos centros hospitalarios al programa de detección, extracción y trasplante de órganos y tejidos

Autorizar la incorporación de nuevos centros hospitalarios públicos y privados de la Comunidad al programa de detección y extracción de órganos y tejidos, y al trasplante de tejidos.

ACT.1.1.3 Promoción de la donación de órganos en la sociedad andaluza

Desarrollar estrategias de promoción de la donación de órganos y tejidos entre la población de Andalucía para aumentar la tasa de aceptación de la donación hasta el 87%.

ACT.1.1.4 Creación de un grupo de trabajo entre los servicios de nefrología para fomento de la donación de vivo

Fomentar la donación de vivo para poder incrementar la actividad de trasplante renal de vivo mediante la creación de un grupo de trabajo entre los servicios de nefrología, principales responsables de la promoción de esta modalidad de trasplante.

ACT.1.1.5 Incorporación de hospitales comarcales a los programas de donación en asistolia



Se plantea incorporar hospitales comarcales a los programas de donación en asistolia para incrementar este tipo de donantes.

ACT.1.1.6 Ampliación dotación de equipos móviles de perfusión regional normotécnica para extracción de órganos de donantes en asistolia

Asegurar la disponibilidad de dispositivos de circulación extracorpórea para la preservación abdominal en normotermia, en donantes en asistolia controlada, para todos los equipos de coordinación de trasplantes.

OO.1.2 Mejorar la tasa anual de donantes de tejidos hasta alcanzar los 40 por cada millón de habitantes

Incremento de los donantes exclusivamente de tejidos y optimizar la obtención de tejidos de los donantes de órganos en los que también se puedan obtener tejidos hasta alcanzar una tasa de 40 donantes de tejidos por millón de habitantes.

ACT.1.2.1 Mejora de la detección y obtención de donantes de córneas por parte de la Red de Coordinación de Trasplantes

Los coordinadores hospitalarios de trasplantes deben mejorar la detección de donantes de córneas y coordinar la obtención de córneas para poder incrementar los donación de este tipo de tejido.

ACT.1.2.2 Mejora de la detección y obtención de donantes de segmentos vasculares por parte de la Red de Coordinación de Trasplantes

Los coordinadores hospitalarios de trasplantes deben mejorar la detección de donantes de segmentos vasculares y coordinar la obtención de dichos segmentos para poder incrementar los donación de este tipo de tejido.

OO.1.3 Conseguir una tasa anual de 110 trasplantes de órganos por cada millón de habitantes

La actividad de trasplante de órganos por millón de habitantes es excelente en Andalucía, por lo que se plantea mantener una tasa anual de 110 trasplante por millón de habitantes.

ACT.1.3.1 Incremento del número de órganos válidos obtenidos por donante

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.1.3.2 Mantenimiento de la actividad de los trasplantes de órganos sólidos

La tasa de trasplante de órganos depende de la actividad de trasplante en cada una de sus modalidades por lo que se plantea mantener la actividad de trasplante de corazón, pulmón, páncreas, hígado y riñón.

OO.1.4 Incrementar los trasplantes de córnea hasta los 70 trasplantes anuales por cada millón de habitantes



Incremento y optimización de la actividad de trasplante de córnea hasta alcanzar una tasa de 70 trasplantes anuales por cada millón de habitantes.

ACT.1.4.1 Celebración de un curso de formación específica en trasplante de córnea

Incremento de la indicación de trasplante de córnea y optimización de la obtención de córneas para trasplante mediante la formación específica de especialistas en oftalmología.

OO.1.5 Alcanzar una tasa anual de 67 trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) por cada millón de habitantes

Incremento y optimización de la actividad de trasplante de progenitores hematopoyéticos hasta alcanzar una tasa de 67 trasplantes anuales por cada millón de habitantes.

ACT.1.5.1 Celebración de un curso de formación específica en TPH dirigido a especialistas en hematología

Incremento de la indicación de trasplante de progenitores hematopoyéticos para acercarnos a los estándares internacionales mediante la formación específica de especialistas en hematología.

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 1992-2018, con un incremento del 165,5% frente al 208,49% 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 2014-2018 del 2,8% en Andalucía y del 2,7% 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 2020 seguir manteniendo el gasto medio de farmacia por habitante por debajo de la media española.

Por su parte, en 2019 la prestación ortoprotésica sigue haciéndose efectiva en Andalucía a través de establecimientos sanitarios (ortopedias, ópticas y gabinetes de audioprótesis): 613 establecimientos pertenecientes a 411 empresas. En 2018 se hicieron 409.246 prescripciones por valor de 52.795.688 euros.

El catálogo de productos de Andalucía vigente no ha sufrido modificaciones respecto a años anteriores. 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. Sin embargo, en 2020 entrará en vigor un nuevo catálogo de productos por aplicación de las Ordenes SCB/45/2019 de 22 de enero y SCB/480/2019, de 26 de abril, del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Las sillas de ruedas, órtesis, prótesis distintas de miembros y ortoprotésis especiales cambian, al introducirse nuevos productos, desaparecer otros, y fijarse nuevos precios, que ya serán comunes en toda España. En este contexto y si se mantienen las condiciones específicas de Andalucía (no copago e inclusión de órtesis de pie -plantillas- en el catálogo), el crecimiento del gasto se estima en un 13%. No obstante, las medidas que se adoptarán para controlar esta prestación, consistentes en la implantación de Guías de Prescripción elaboradas por los propios profesionales y el seguimiento de las prescripciones, harán posible que el impacto se reduzca un 5%.

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, 2017 y 2018 (58,54%, 58,24%, 58,19%, 58,15% y 58,11% respectivamente). La diferencia con respecto a los hombres en estos años oscila entre 16 y 17 puntos porcentuales.

En cuanto al desglose entre hombres y mujeres de las prescripciones realizadas en los cinco grupos de medicamentos de mayor consumo en 2018, se observa que existe un mayor porcentaje de prescripciones en las mujeres en los ansiolíticos, analgésicos, antiulcerosos y antihipertensivos (ansiolíticos: 68,16%, analgésicos: 65,69%, antiulcerosos: 57,49% y antihipertensivos: 54,54%). En el grupo de reductores del colesterol los datos son similares (50,09% en mujeres y 49,91% 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 2020 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 impacto en el gasto en prestación ortoprotésica del nuevo catálogo

Reducir el impacto en el gasto en prestación ortoprotésica del nuevo catálogo de las Ordenes SCB/45/2019 de 22 de enero y SCB/480/2019, de 26 de abril.

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

Nuevo catálogo de prestaciones ortoprotésicas de las Ordenes SCB/45/2019 de 22 de enero y SCB/480/2019, de 26 de abril.

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 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.2.1.2 Análisis de la información obtenida en el seno de la Comisión de Igualdad y Salud

Análisis y actuaciones posteriores para el diagnóstico de género.