



guía

para la elaboración de una

Memoria

profesional del personal facultativo médico de

Andalucía

José Martínez Olmos  
Juan Manuel Jiménez Martín

# guía

para la elaboración de una

# Memoria

profesional del personal facultativo médico de

# Andalucía

José Martínez Olmos



Juan Manuel Jiménez Martín



Editores

2002



## Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Guía para la elaboración de una memoria profesional del personal facultativo médico de Andalucía/ José Martínez Olmos y Juan Manuel Jiménez Martín, editores.  
Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2002.

1. Legislación sanitaria. 2. Personal de salud. 3. Instituciones sanitarias.  
I. Martínez Olmos, José Manuel. II. Jiménez Martín, Juan Manuel.

NLM Classification WA 32

**Edita:** ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA  
Campus Universitario de Cartuja  
Apartado de Correos 2070  
18080 Granada España

**ISBN:** 84-87385-64-8

**Depósito Legal:** Gr-772/2002

**Maquetación y diseño cubierta:** Catálogo Publicidad

**Supervisión editorial:** Nuria Pascual Martínez; María Cecilia Escudero Espinosa

**Imprime:** Gráficas Alhambra



Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

## **Autores**

**María Álvarez Kindelán**

Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria ▪ Consultora ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**Manuel Bobenrieth Astete**

Profesor de Metodología de Investigación y Escritura Científica ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**Francisco Conti Cuesta**

Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria ▪ Distrito Sanitario Agrupación Loja-Santa Fe, Granada

**María Cecilia Escudero Espinosa**

Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria ▪ Consultora ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**Juan Manuel Jiménez Martín**

Profesor del Área de Gestión Sanitaria ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**José Martínez Olmos**

Profesor ▪ Coordinador del Área de Gestión Sanitaria ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**Nuria Pascual Martínez**

Licenciada en Sociología ▪ Técnico de Proyectos ▪ Escuela Andaluza de Salud Pública

**Sandra Pinzón Pulido**

Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria ▪ Técnico ▪ Unidad de Apoyo a la Investigación  
Escuela Andaluza de Salud Pública

**José Manuel Soto Blanco**

Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria ▪ Especialista en Medicina Intensiva  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada

# índice

guía  
para la elaboración de una  
Memoria  
profesional del personal facultativo médico de  
Andalucía

## PARTE 1

<b>Introducción</b> .....	11
<b>Los servicios sanitarios y sus retos actuales</b> .....	14
Introducción .....	14
Por qué los sistemas de salud están en crisis .....	16
Los retos de los servicios de salud en la actualidad .....	19
<b>Sistema Nacional de Salud español:</b>	
<b>Estructura y competencias del Estado de las Comunidades Autónomas</b> .....	22
Introducción y antecedentes .....	22
Arquitectura actual del Sistema Nacional de Salud español .....	24

## PARTE 2

<b>Esquema y guía para la elaboración de la memoria profesional para la Oferta Pública de Empleo de personal facultativo médico de Andalucía</b> ...	33
<b>Esquema para la elaboración de la memoria profesional</b> .....	35
A. Análisis detallado de las funciones (asistenciales, docentes e investigadoras) que se deben desarrollar en la especialidad a la que se opta .....	36
B. Conocimientos y medios necesarios para su desempeño .....	38
C. Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo médico. Nivel de responsabilidad del personal facultativo médico .....	40
D. Importancia de las funciones en la Organización .....	42

## PARTE 3

<b>A. Análisis detallado de las funciones que se deben desarrollar en la especialidad a la que se opta (índice)</b> .....	45
A.1. Funciones derivadas de la legislación de base .....	48
A.2. Funciones Asistenciales del Personal Facultativo .....	54
A.3. Funciones del Personal Facultativo derivadas de la Cartera de Servicios del SAS .....	60
A.4. Funciones del Personal Facultativo derivadas del Plan de Calidad y Eficiencia .....	94
A.5. Implicaciones de las funciones en el ámbito docente e investigador .....	98
<b>B. Conocimientos y medios necesarios para su desempeño (índice)</b> .....	105
B.1. Conocimientos técnicos y científicos .....	107
B.2. Estructura y organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada .....	108
B.3. Gestión innovadora de la Asistencia Sanitaria .....	143
B.4. Definición de características de la especialidad, medios y recursos para su desempeño .....	152
<b>C. Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo médico.</b>	
<b>Nivel de responsabilidad del personal facultativo médico (índice)</b> .....	154
C.1. Responsabilidades generales .....	155
C.2. Responsabilidad civil .....	159
C.3. Responsabilidad penal .....	161
C.4. Derechos y deberes del ciudadano según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía .....	163
C.5. Consentimiento informado y papel del ciudadano en los servicios sanitarios públicos en la actualidad .....	169
<b>D. Importancia de las funciones en la organización</b> .....	172
D.1. Salud como servicio esencial .....	173
D.2. Papel de los servicios sanitarios en la sociedad actual .....	174
D.3. Papel del Estado .....	175
D.4. Papel de los profesionales médicos en general y de los especialistas en particular en el contexto de la Organización Sanitaria .....	176
D.5. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada .....	177

## PARTE 4

<b>Estilo de redacción de la memoria</b> .....	181
Las reglas de redacción .....	182
La revisión del contenido .....	183
El párrafo en el texto .....	184
Algunas expresiones de transición o conexión .....	185
Algunas reglas de buena escritura .....	186
Bibliografía .....	188
Normas jurídicas citadas .....	191
Abreviaturas y siglas utilizadas .....	196

# parte 1

guía  
para la elaboración de una  
Memoria  
profesional del personal facultativo médico de  
Andalucía

## Introducción

■ José Martínez Olmos ■ Juan Manuel Jiménez Martín ■

La Ley 16/2001, de 21 de noviembre publicada en el BOE número 280, del jueves 22 de noviembre, establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones sanitarias de la Seguridad Social de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud (SNS).

En su artículo 6, Contenido y Baremos de la Fase de Selección, el punto 2 establece que para las categorías profesionales y especialidades incluidas en el grupo de titulación A, para la que es necesario encontrarse en posesión de la Titulación Universitaria de Grado Superior, la oposición de la Fase de Selección comprenderá la “realización de un ejercicio que consistirá en la redacción de una memoria”.

Andalucía se acoge a los preceptos recogidos en dicha Ley mediante el Decreto 54/2002, de 19 de febrero, por el que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las instituciones del Servicio Andaluz de Salud. Dicha Ley se recoge en el BOJA número 28, de 7 de marzo 2002, basado además en el Decreto 136/2001 de 21 de junio, por el que se regulan los sistemas de selección de personal estatutario y de provisión de plazas básicas en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.

La importancia de este proceso de selección es evidente, como oportunidad de consolidar una situación que desde hace tiempo pretendía normalizar las condiciones laborales de miles de profesionales.



El objetivo de este libro es ofrecer una guía orientativa y útil para la realización de la memoria profesional para los Facultativos incorporados al proceso de selección de plazas, orientando en los contenidos que entendemos válidos desde el punto de vista académico para desarrollar cada uno de los apartados que se establecen en la citada Ley 16/2001.

Antes de detallar el contenido que se desarrollará en esta obra, creemos de interés definir el término “memoria”, ya que las distintas acepciones del mismo podrían generar confusión en cuanto a los distintos aspectos que deben ser considerados en la redacción del ejercicio.

Algunas acepciones para el término “memoria” son:

- Memoria sobre actividades ya realizadas (informe de progreso, informe final), en un entorno y en un período de tiempo.
- Informe de un estudio de solución de problemas de una organización o institución (ej. informe de asesoría).
- Actividades por realizar (ej. propuestas de investigación, protocolos).
- Exposición escrita sobre objetivos de facultativos en términos del puesto de trabajo al que aspira.

Para los objetivos que se persiguen en este ejercicio, entenderemos una “memoria” como un documento realizado en el acto de la fase de selección que permitirá entregar al Tribunal encargado de su revisión una exposición escrita de las funciones, conocimientos y medios, nivel de responsabilidad e importancia de estas funciones.

La elaboración de esta disertación escrita requiere de una especial atención al lenguaje, cuidando la redacción, la letra, la limpieza, la claridad y el orden en la exposición de la información. Implica, además, una adecuada distribución y control del tiempo disponible para su desarrollo de manera que, dentro de éste se logren los objetivos propuestos en cada apartado y ello permita valorar toda la información solicitada (conocimientos, claridad en la redacción, coherencia, capacidad de síntesis, jerarquía de párrafos y apartados, buena ortografía y caligrafía).

En otras palabras, cada profesional debe estar capacitado para:

- Describir las cuestiones esenciales de la especialidad a cuyo cargo aspira y señalar las funciones a desarrollar (asistenciales, docentes, investigadoras, administrativas y de actitud como miembro de un equipo).

- Demostrar que posee los conocimientos necesarios sobre la estructura y organización del sistema así como de los medios necesarios para desempeñar las funciones (tanto en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, como específicamente dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), en Atención Primaria (AP) y en Atención Especializada).
- Detallar la importancia de las funciones descritas dentro de la organización (la salud como servicio esencial, el papel de los servicios sanitarios y del Estado en la sociedad actual, el papel de los profesionales médicos y la importancia de la coordinación entre niveles asistenciales).
- Determinar el nivel de responsabilidad requerido para asumir las tareas y la importancia de su trabajo.

Todos estos contenidos serán desarrollados de acuerdo a las normas legales que determinan los principios y la estructura del SNS y de la Comunidad Autónoma Andaluza. De esta manera se tendrán en cuenta la Constitución española de 1978, la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Salud de Andalucía de 1998, el Plan Andaluz de Salud, el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud y otros documentos que colaboran en la definición de las características internas de la institución (personal, objetivos, cartera de servicios, organización, protocolos, etc.).

La presente obra va dirigida especialmente a profesionales médicos que optan al proceso de selección y provisión de plazas regulado por la Ley 16/2001 citada anteriormente.

En esta primera edición se ha tomado en consideración la normativa vigente, experiencias del equipo de autores, así como consultas a especialistas, decisores y técnicos.

Dado que es la primera vez que en España se realiza un proceso de estas características, no se ha contado con una experiencia previa en el tema ni con un conjunto de textos modelo en los que basarse. De ahí, la ausencia o debilidad en algunos de los contenidos de esta obra.

# Los servicios sanitarios y sus retos actuales

■ José Martínez Olmos ■ Juan Manuel Jiménez Martín ■

## Introducción

Las organizaciones sanitarias y, por tanto, los sistemas de salud están inmersos en la sociedad y reciben inevitablemente influencias sociales, culturales, políticas, económicas y profesionales que condicionan y determinan su organización en un momento dado, así como su evolución futura.

El contexto de un sistema de salud es, por todo ello, un elemento fundamental por su capacidad para condicionar su funcionamiento, su eficacia y su devenir futuro. Entre los elementos del contexto de un sistema de salud hay que considerar cuestiones como la disponibilidad de recursos financieros, su forma de ser captados y su manera de ser asignados; la cultura y las creencias de la población respecto a la salud, que pueden determinar su forma de usar los servicios, y la credibilidad y legitimidad de un sistema de salud en la sociedad; la accesibilidad y disponibilidad de los servicios para la población y su afectación por la posible existencia de barreras al acceso (barreras económicas, culturales, geográficas, entre otras); la existencia o no de políticas intersectoriales que sean capaces de aunar esfuerzos desde distintos sectores que permitan ser eficaces contra las enfermedades; la cultura profesional que tiene la capacidad de influenciar de manera determinante el funcionamiento y la evolución de un sistema de salud, etc.

Todo ello da idea de que un sistema de salud es un sistema social y por tanto, un sistema vivo. Un sistema capaz de evolucionar y de ser influenciado por toda una constelación de elementos que unas veces están situados en el interior del sistema y otras, en el entorno exterior. La gestión de un sistema de salud ha de considerar cuáles son los elementos determinantes del mismo y cómo y de qué manera están influyendo en la evolución y eficacia de ese sistema de salud, a fin de adaptar el mismo a la realidad que le rodea.

La evolución que a lo largo del siglo XX han tenido los sistemas de salud de los países desarrollados y especialmente a lo largo de sus últimos cincuenta años ha sido vertiginosa. Este periodo se ha caracterizado por la sucesión imparable de cambios

continuos en el entorno social y en el propio interior de los sistemas de salud; cambios que han propiciado que nada sea igual en poco tiempo tanto en lo que se refiere a las enfermedades que afectan a la humanidad, a las características de los problemas de salud con que los médicos y otros profesionales de la salud se han de enfrentar; o a la propia composición, estructura y dotación tecnológica que hoy conforman los sistemas de salud.

Además, dado que los cambios han sido continuos, se ha condicionado por ello la necesidad de una adaptación constante y especial en el interior de los servicios de salud, que en muchas ocasiones casi no disponen del tiempo necesario para afrontar e incorporar un cambio determinado, cuando ya se hace realidad otro nuevo cambio. Varios ejemplos pueden citarse: la continua renovación del arsenal terapéutico, de los medios tecnológicos con los que realizar diagnósticos y prevención de enfermedades o los nuevos descubrimientos científicos sobre las causas de las enfermedades, son algunos de los cambios a los que un sistema de salud y sus profesionales deben adaptarse sin demora y sin descanso.

Por eso, sólo los sistemas de salud que han sabido incorporar este tipo de cambios al rumbo cotidiano de sus actividades han podido afrontar con éxito los retos a los que todo sistema sanitario debe enfrentarse. Y es fundamentalmente debido a la capacidad o no de incorporación de estas innovaciones por parte de los sistemas de salud que pueden explicarse las enormes diferencias entre los sistemas de salud de los países desarrollados y los de los países menos desarrollados que junto a la desigual distribución de la riqueza entre países, explica las enormes desigualdades en salud que ofrece hoy el panorama mundial y que abre una brecha enorme entre la salud de los ricos y la de los pobres.

Un sistema de salud tiene sentido en la medida que oriente todas sus actuaciones hacia la prevención y eliminación de las causas de muerte y de morbilidad para las que la ciencia médica tenga remedio, así como en una orientación hacia el tratamiento y cuidado de aquellas sobre las que no se disponga de conocimientos científicos y tecnología capaces de prevenir y eliminar esas enfermedades. Por esta razón, es conveniente adaptar los recursos y orientar el sistema a la situaciones cambiantes que vayan apareciendo para conseguir que el sistema de salud tenga la mayor eficacia y calidad posible en la consecución de sus objetivos; los objetivos de salud de un sistema sanitario se van consiguiendo en una batalla día a día adaptando y reforzando sus acciones sobre la base del análisis continuo de la realidad sanitaria y social sobre la que el sistema tiene que actuar.

Nada mejor que la perspectiva de la historia para poder divisar con el paso del tiempo lo acertado o desacertado de determinadas medidas organizativas y de funcionamiento introducidas a lo largo de los años en los sistemas sanitarios; esta retrospectiva histórica permite reafirmar la convicción de que lo importante para un sistema de salud es realizar prospecciones que permitan una orientación adecuada del mismo a partir del análisis de una realidad social y sanitaria y de sus tendencias históricas.

Consecuentemente, el análisis retrospectivo de la evolución de los sistemas de salud de los países desarrollados a lo largo del último siglo, especialmente los últimos cincuenta años del siglo XX, arroja luz sobre la actual crisis de los sistemas sanitarios. Crisis que está generando múltiples análisis, debates y respuestas con la pretensión de conseguir que los sistemas de salud tengan un futuro que los haga viables y capaces de responder a las necesidades de salud de los ciudadanos de las próximas generaciones.

## Por qué los sistemas de salud están en crisis

Uno de los problemas que de manera general es citado en los análisis de situación de los sistemas de salud desarrollados se refiere al continuo crecimiento de los costes que el paso de los años evidencia para los presupuestos de los países desarrollados. En general, estos sistemas de salud son la expresión de lo que se ha dado en llamar el Estado del Bienestar que, en general, suele estar configurado por el conjunto de prestaciones que el Estado ofrece a sus ciudadanos en materia de educación, salud, protección social al desempleo o pensiones, entre otras prestaciones. El crecimiento y desarrollo de este Estado del Bienestar ha hecho que afloren tensiones presupuestarias entre los departamentos ministeriales de los que dependen estas políticas sociales en un contexto en el que la opinión generalizada de las sociedades desarrolladas sobre la congelación o la disminución de la presión fiscal encuentra eco favorable entre la población; esto, junto a las políticas económicas favorables a la reducción de los déficit presupuestarios de las haciendas públicas, favorece que la competencia ministerial por los recursos limitados de los Estados genere preocupación por aquellos sectores que como el sanitario ofrecen un panorama de crecimiento continuo de los costes.

En general, aún teniendo en cuenta que la situación es variable, el gasto en salud de los países desarrollados se sitúa en una horquilla entre el 6% y 14% del Producto Interior Bruto (PIB), abanico que se estrecha en Europa en torno a cifras del 6% al 11% de PIB. Pero lo más relevante de esta cuestión no es tanto el porcentaje de PIB

destinado a salud, como el hecho de que ofrece un crecimiento continuo como lo prueba la evolución de este parámetro en los últimos 25 años y a su vez porque, como ya hemos señalado, los recursos para la salud compiten por recursos que pueden tener un uso alternativo en otras prestaciones del Estado del Bienestar que también son demandadas por las sociedades de estos países.

Otro de los problemas, que de manera general es citado en los análisis de situación realizados sobre estos sistemas de salud para justificar la aplicación de reformas en ellos, es la aparición de síntomas de insatisfacción de los ciudadanos y usuarios de los servicios sanitarios sobre determinados aspectos del funcionamiento de los mismos. La valoración que los ciudadanos realizan sobre los servicios sanitarios es una variable cada vez más usada por las autoridades sanitarias en la consideración de medidas organizativas que favorezcan el mantenimiento de las virtudes o la superación de los defectos percibidos por la población.

Los ciudadanos de los países desarrollados manifiestan cada vez con más fuerza su conciencia de copropietarios de los servicios públicos en la medida que contribuyen con sus impuestos al mantenimiento de los mismos y también, en la medida que son depositarios de derechos reconocidos legalmente como derechos ciudadanos como es el caso en muchos países del derecho a la salud. Estas y otras razones condicionan el hecho de que cada vez más, los ciudadanos se muestren exigentes con los servicios públicos en general y con los servicios públicos sanitarios, en particular.

Así, las principales causas de la insatisfacción que muestra la población y los usuarios del sistema se relacionan con el trato recibido en los servicios, con la escasez de información, con las dificultades para elegir libremente servicio y médico o con la existencia de demoras y tiempos de espera, entre otras causas y motivos de insatisfacción que los diferentes barómetros de opinión muestran frecuentemente sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios. Es tal la importancia que los ciudadanos dan al funcionamiento de los servicios sanitarios en los países desarrollados, que lo habitual en los periodos de campaña previos a la celebración de elecciones democráticas es que los partidos políticos propongan medidas específicas para la mejora del funcionamiento de los servicios sanitarios y que a lo largo de los periodos normales de legislatura tras la celebración de las elecciones las relaciones políticas entre el Gobierno y la oposición, esté plagado de iniciativas relacionadas con el funcionamiento de los servicios sanitarios. Por esto, en la medida que la percepción de los ciudadanos y usuarios sea negativa en alguno o en algunos de los aspectos del funcionamiento de los servicios sanitarios, es entendible que esta sea una variable de análisis que compartan los

países desarrollados como elemento a considerar para iniciar reformas sanitarias que permitan orientar mejor los servicios de salud a las expectativas y preferencias de ciudadanos y usuarios.

Además de los anteriores elementos señalados, hay que considerar que otro problema detectado se refiere a la necesidad de actuar sobre las variables de motivación e implicación de los profesionales sanitarios en relación con el funcionamiento y la orientación de los servicios de salud; cuidar que no aparezcan problemas organizativos a causa de la no implicación o de la desmotivación de los profesionales que, al ser el principal activo de una organización profesional como es la organización sanitaria, juegan un papel esencial para el éxito de la misma, puede suponer un serio problema para la consecución de los objetivos de un sistema de salud.

Otro de los problemas que de manera general es citado en los análisis de situación de los sistemas de salud es el relativo a la escasa orientación a la eficiencia de los servicios de salud que se hace demasiado frecuente por la existencia de una gestión inadecuada de los recursos. Si se entiende la eficiencia como un concepto que relaciona los recursos que se destinan a un objetivo con los resultados obtenidos, puede comprobarse cómo en ocasiones pueden aparecer problemas de este tipo que requieren estar destinando más recursos de los necesarios para un determinado nivel de resultados. Esta situación sería un ejemplo de ineficiencia que requeriría la adopción de medidas que condicionaran un mejor uso de los recursos disponibles, buscando conseguir idénticos resultados utilizando menos recursos.

Esta cuestión cobra además mayor interés en una situación como la anteriormente descrita de incremento continuo de los costes sanitarios en el contexto de competencia de varias administraciones por los presupuestos estatales que cada año se destinan a las políticas sociales.

También los análisis de situación que preceden a las propuestas de reforma de los sistemas de salud incorporan como otro elemento problemático la dificultad para afrontar nuevos problemas de salud de los que se conoce que la acción de los servicios sanitarios por sí solos tiene una eficacia limitada dado que requieren acciones intersectoriales que coordinadas con las acciones puramente sanitarias para superar estas nuevas enfermedades. Ejemplos de este tipo se refieren patologías como la enfermedad de Alzheimer, los trastornos alimentarios tipo anorexia y bulimia nerviosas, las lesiones medulares por accidentes de tráfico, el SIDA, los cuidados a pacientes terminales por cáncer y otras muchas enfermedades emergentes en las sociedades desa-

rolladas. En muchas de ellas, la necesidad de coordinarse con los recursos sociales, ha condicionado la definición y articulación del denominado espacio socio-sanitario.

Las continuas innovaciones tecnológicas crean en los sistemas de salud, en sus profesionales y en sus autoridades, la necesidad de modernizar necesariamente la tecnología a fin de evitar el retraso y el envejecimiento tecnológico al que un sistema de salud puede verse abocado a poco que descuide políticas de actualización y desarrollo del parque tecnológico sanitario del que cada vez con mayor evidencia, depende hoy la calidad y la eficacia de los servicios de salud.

## Los retos de los servicios de salud en la actualidad

Para su desarrollo futuro los servicios sanitarios han de superar los retos que la situación descrita ofrece a los responsables de los servicios y a los propios profesionales. En este sentido, uno de los retos se refiere a la necesidad de disponer de información sobre las necesidades financieras que, para conseguir la suficiencia en términos de recursos, ha dado lugar a lo que se ha denominado crisis de viabilidad financiera; esta crisis ha condicionado debates y medidas que perseguían hacer posible la supervivencia de los sistemas de salud en términos financieros y que han tensionado fuertemente la vida interna de los hospitales, los centros de salud y los servicios de salud pública dado que muchas medidas de reforma se han enmarcado en medidas que se han percibido con una intencionalidad de ahorro para mejorar la cuenta de resultados de los servicios de salud.

También hay que considerar que los síntomas de crisis de legitimidad social que aparecen en los servicios públicos de salud debidos a las cuestiones que generan insatisfacción de los ciudadanos y usuarios ha favorecido que los servicios sanitarios públicos estén reorientando sus ofertas para que, al tener más en cuenta las expectativas de los ciudadanos, permita incrementar la confianza de los mismos en estos servicios. El reto de mantener y mejorar la legitimidad social, surge así como una premisa para la pervivencia de los sistemas sanitarios europeos.

Igualmente, los servicios de salud han de superar el reto de la incorporación y adhesión de los profesionales en la construcción del sistema de salud; el desarrollo de políticas de desarrollo profesional que permitan sacar el mejor partido de la enorme cualificación que los médicos, las enfermeras y todos los profesionales sanitarios tienen,



ha de ser una de las prioridades en un sistema de salud que quiera orientar sus acciones hacia la excelencia profesional. Evitar que una crisis de legitimidad profesional se haga realidad y se convierta en uno de los elementos más devastadores para el mantenimiento de los servicios públicos de salud es, probablemente el reto más importante que los sistemas sanitarios tienen hoy ante sí.

Finalmente, el acelerado cambio que en el terreno de las tecnologías sanitarias se viene operando en las últimas décadas aboca a los sistemas de salud a una crisis de adaptación a las innovaciones tecnológicas que requiere recursos abundantes y sobre todo, el rediseño de las organizaciones y de la formación de sus profesionales dado que las posibilidades que muchas de estas tecnologías abren para redefinir los procesos asistenciales, los catálogos de prestaciones, la relación y el papel de los niveles asistenciales, así como los criterios de accesibilidad y de distribución de estas tecnologías. La genómica u otros avances que el conocimiento científico permitan en el futuro mejorar la eficacia de las acciones de los servicios de salud, tendrán que ser incorporados a los servicios sanitarios en las mejores condiciones de equidad, eficacia y eficiencia posibles, lo cual requiere constantes esfuerzos por parte de todos.

Pero todo lo anteriormente descrito, no tiene sentido si no es para conseguir hacer real el principal objetivo de un sistema de salud: la mejora del nivel de salud de la población, consiguiendo una disminución de la mortalidad y de la morbilidad que haga disminuir los efectos negativos que la enfermedad tiene para la salud y sobre la calidad de vida de los ciudadanos de un país.

Hoy en día, los principales problemas de salud requieren tener en cuenta que son consecuencia de la evolución reciente de la sociedad en general y de la medicina en particular. Así, refiriéndonos a la evolución de las enfermedades a lo largo del siglo XX podemos decir que los avances científicos en el campo de la medicina y la evolución y mejora de las condiciones sociales de vida han favorecido un cambio en el panorama epidemiológico que ha consistido, en la desaparición de algunas causas de muerte y de morbilidad del *ranking* de causas y en la aparición de nuevas causas de muerte y de morbilidad.

Se ha producido así una modificación del patrón epidemiológico de morbimortalidad de tal forma que las causas de tipo infeccioso han dejado paso a problemas de salud de carácter crónico; esta situación hace necesaria la articulación de nuevas medidas desde el sistema de salud para conseguir mayor eficacia en la lucha contra estas enfermedades pues una de sus características más relevantes de esta nueva situación

epidemiológica es la necesidad de articular medidas intersectoriales en las acciones de salud para conseguir mejorar su eficacia.

Otra de las consecuencias de la acción de los servicios de salud y de la evolución y mejora de las condiciones de vida en la sociedad es el envejecimiento de la población que (junto a la disminución de las tasas de natalidad), condiciona una serie de nuevas necesidades de servicios sanitarios y sociales, al tiempo que condiciona una cronicación de las enfermedades y la emergencia de otras nuevas y de nuevas necesidades de salud y de cuidados.

En este panorama, los servicios de salud, los profesionales de la medicina y de otras disciplinas sanitarias, la población y las autoridades sanitarias, están llamados a conseguir amarrar esfuerzos que permitan dar respuesta de manera eficaz a las consecuencias de la enfermedad sobre la sociedad.

# Sistema Nacional de Salud español: Estructura y competencias del Estado de las Comunidades Autónomas

■ José Martínez Olmos ■ Juan Manuel Jiménez Martín ■

## Introducción y antecedentes

España dispone en la actualidad de un SNS con las características típicas de cobertura universal, financiación por impuestos y orientación de sus políticas sanitarias en una concepción integral de la salud. Las referencias históricas del sistema español más relevantes en cuanto a su influencia en la actual configuración del mismo se remontan a la época de la dictadura franquista (1939-1975), que dio origen a un sistema de salud en el que las actividades asistenciales y las de salud pública estaban separadas al depender de estructuras ministeriales diferentes. Así, las actividades asistenciales ubicadas en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (sistema basado en la Seguridad Social creado en 1942 por la Ley de 14 de diciembre), dependían del Ministerio de Trabajo bajo cuyo impulso se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP) para proteger determinadas contingencias de empresarios, trabajadores y familiares a su cargo. Por su parte, las actividades asistenciales de la beneficencia para la población no cubierta por las prestaciones de la seguridad social y las de asistencia pública domiciliaria (la antigua salud pública que se preocupaba de campañas de vacunaciones, la asistencia de enfermedades de trascendencia social, policía sanitaria mortuoria y otras, además de asistencia a la población de los padrones municipales de beneficencia), eran dependientes del Ministerio de la Gobernación, departamento encargado fundamentalmente de la seguridad y del orden público, al que se asigna una Dirección General de Sanidad y que regula sus actividades, competencias y funciones según la Ley de Bases de Sanidad de 1944.

A su vez y como consecuencia de la diferente finalidad de estas redes ministeriales así como de su diferente dependencia administrativa, los recursos asistenciales estaban diferenciados claramente y así, estaban por una parte los de la población que cotizaba a la Seguridad Social y que por tanto tenía cobertura asistencial por los recursos del antiguo Seguro Obligatorio de Enfermedad y por otra parte, los de la población sin recursos que recibía asistencia sanitaria de la Beneficencia es-

tatal y municipal cuyos recursos e instalaciones eran más escasos y de peor calidad, lo cual determinó la existencia de un sistema dual.

No obstante, siendo este el precedente histórico más inmediato y de mayor influencia para el actual SNS hay que reseñar que en los años 60 y 70 y debido a múltiples factores (las reformas estructurales de la economía con los Planes generales de desarrollo, la masiva emigración de españoles a diversos países europeos o el importante desarrollo del turismo, factores ambos que condicionaron el masivo ingreso de divisas a una maltrecha economía), se propició un cierto desarrollo social y económico del país que tuvo su reflejo en el sistema de seguridad social, de tal forma que al comienzo del actual periodo democrático, el Seguro Obligatorio de Enfermedad cubría alrededor del 80% de los ciudadanos españoles y disponía de una red asistencial que, aún cuando albergaba grandes carencias y sus recursos se distribuían poblacional y geográficamente de forma desigual, era una red con una relativa amplia gama de prestaciones y con una calidad aceptable en muchos de sus servicios.

Esta red asistencial de la seguridad social es el precedente más inmediato del actual SNS; pero, ¿cómo era el sistema sanitario heredado de la dictadura? ¿cuáles eran sus principales características? El sistema sanitario en el inicio del actual periodo democrático allá por 1978 se caracterizaba como un sistema dual (dado que disponía de unos servicios más abundantes y de mejor calidad para ciudadanos con recursos y otros servicios más escasos, peor dotados y de peor calidad para ciudadanos sin recursos), como un sistema con enormes desigualdades en su distribución geográfica y regional dado que fue concentrando sus recursos en grandes ciudades frente al medio rural y en unas regiones frente a otras, como un sistema con poca o escasa coordinación entre las dos redes públicas existentes (la del Seguro Obligatorio de Enfermedad y la de la Beneficencia) y entre servicios de una misma red, así como un sistema con una orientación asistencial y *hospitalocentrista* y por tanto, con un débil desarrollo de la Atención Primaria; de hecho, la época de mayor desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (los años 60 y 70), es una época que se caracteriza por el desarrollo de grandes hospitales (ciudades sanitarias) y ambulatorios de especialidades.

**Cuadro 1. Características del sistema sanitario español al finalizar el Régimen franquista**

<b>1. Sistema Dual:</b> Dos redes, una para la seguridad social y otra de beneficencia.
<b>2. Sistema Desigual:</b> Por su diferente distribución geográfica y regional, concentrando recursos en grandes ciudades.
<b>3. Sistema con escasa coordinación:</b> Tanto entre ambas redes como dentro de una misma red entre servicios hospitalarios y de Atención Primaria.
<b>4. Sistema con orientación asistencial y hospitalocentrista.</b>
<b>5. Sistema con un débil desarrollo de la Atención Primaria de salud.</b>

## Arquitectura actual del Sistema Nacional de Salud español

La estructura actual del SNS está determinada por la Ley General de Sanidad (Ley 14/86 de 25 de abril, BOE de 29 de abril de 1986) que viene a concretar el mandato de la Constitución española de 1978 que en sus artículos 43 y 49 determina el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y requiere a las Administraciones públicas para la adopción de las medidas idóneas a través de la organización y tutela de la salud pública mediante medidas preventivas y a través de la organización de las prestaciones y los servicios necesarios que permitan satisfacer este derecho constitucional de los ciudadanos españoles. Tras la Constitución española de 1978 la norma básica pues, para entender y conocer la estructura del sistema sanitario español es la Ley General de Sanidad, de la que destacan:

- 1. Derecho a la protección de la salud y principios generales
- 2. Competencias de las Administraciones públicas
- 3. Niveles asistenciales
- 4. Recursos humanos
- 5. Financiación
- 6. La sanidad privada
- 7. Prestaciones del Sistema Nacional de Salud español

### 1. Derecho a la protección de la salud y principios generales

La Ley General de Sanidad determina en su artículo 1 que el derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria es para “todos los españoles y ciudadanos extranje-

ros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional” por lo que abre paso a la universalización de la cobertura de las prestaciones sanitarias ya que por el hecho de ser ciudadano se obtendría el derecho a la prestación sanitaria.

Los principios generales del SNS en España son:

- La integralidad “orientación prioritaria a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades”.
- El impulso de la igualdad y equidad en el acceso al definir que “(...) el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.
- La participación comunitaria “(...) a través de las Corporaciones territoriales en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución” (artículos 3, 4 y 5).

Los artículos 9, 10 y 11, definen los derechos y deberes de los ciudadanos y usuarios respecto a las Administraciones Públicas sanitarias con planteamientos avanzados en consonancia con el respeto a los derechos humanos y al reconocimiento de la condición de ciudadanos como “propietarios” del sistema.

## **2. Competencias de las Administraciones Públicas**

La configuración de España como un Estado de Autonomías orienta la organización político-administrativa del Estado hacia la descentralización de competencias estatales a cada una de las Comunidades Autónomas o regiones; mediante la promulgación de Estatutos de Autonomía que definen las competencias de estas regiones y regulan la creación y funcionamiento de Parlamentos y Gobiernos autónomos, es otro de los factores determinantes para la comprensión de las características del actual SNS.

El SNS español es un sistema compuesto por 17 Servicios Regionales de Salud (uno por cada una de las Comunidades Autónomas que componen el Estado español); de hecho el artículo 44 de la Ley General de Sanidad define al SNS español como “las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud y como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”. Puede comprobarse así cómo el artículo 46 de esta Ley determina que el SNS español “extiende sus servicios a toda la población, orienta sus actuaciones de forma integral (promoción, prevención, cura-

ción y rehabilitación) con altos niveles de calidad, integra sus recursos en un dispositivo único y determina su financiación con recursos de las administraciones públicas” fundamentalmente.

Las competencias del Estado son básicamente las referidas a sanidad exterior y relaciones y acuerdos sanitarios internacionales (artículo 38) y una serie de cuestiones relacionadas con las bases de la Sanidad (artículo 40), coordinación general (artículo 70), legislación sobre productos farmacéuticos y alta inspección (artículo 43). Puede destacarse la responsabilidad en actuaciones relacionadas con “el control sanitario del medio ambiente, reglamentaciones técnico-sanitarias de los alimentos, registro general sanitario de alimentos, industrias o instalaciones que los producen, listas de aditivos, componentes alimentarios, autorización y registro de medicamentos, programas de formación, homologación de puestos de trabajo, vigilancia epidemiológica, sistemas de información, etc. entre otras, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas” (artículo 40).

Las competencias de las Comunidades Autónomas (artículo 41) serán las que determinen “sus Estatutos de Autonomía y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue”; en la práctica, todas las Comunidades Autónomas podrán ejercer competencias propias en materia de Sanidad e Higiene (entendida así la Salud Pública y la Administración Institucional de la Sanidad AISNA) y en materia de Sanidad y Seguridad Social (entendida así la organización y gestión de servicios sanitarios dado el antecedente comentado anteriormente del desarrollo preconstitucional de un sistema sanitario basado en seguridad social que en los años 80 comenzó a transformarse y transferirse a las Comunidades Autónomas).

Hay que reseñar que tras el traspaso de competencias de gestión de servicios del INSALUD el pasado mes de diciembre de 2001 a las Comunidades Autónomas de Asturias (R.D. 1471/2001, de 27 de diciembre), Aragón (R.D. 1475/2001 de 27 de diciembre), Baleares (R.D. 1478/2001 de 27 de diciembre), Cantabria (R.D. 1472/2001 de 27 de diciembre), Castilla y León, Castilla la Mancha (R.D. 1477/2001 de 27 de diciembre), Extremadura (R.D. 1477/2001 de 27 de diciembre), La Rioja (R.D. 1473/2001 de 27 de diciembre), Madrid (R.D. 1479/2001 de 27 de diciembre) y Murcia (R.D. 1474/2001 de 27 de diciembre) con un importe total de 2,09 billones de pesetas, el panorama de competencias sanitarias en las 17 Comunidades Autónomas se configura en torno a 17 Servicios Regionales de Salud (según lo establecido en los artículos 49, 50, 51, 52, 53, 54 y 55) y gestionan las competencias en materia de Salud Pública (Sa-

nidad e Higiene) con recursos materiales, humanos y económicos de titularidad y competencia regional o autonómica así como los servicios y competencias en gestión sanitaria (hospitales y centros sanitarios de primer nivel, personal y presupuestos).

Las Comunidades de Andalucía, Canarias, Cataluña, Galicia, Navarra, País Vasco y Valencia disponían desde años atrás de la capacidad de gestión de las competencias atribuidas anteriormente al INSALUD cuyo desarrollo fue el que se refleja en el Cuadro 2.

**Cuadro 2. Comunidades Autónomas con todas las transferencias en materia de salud, antes de la culminación del proceso en diciembre de 2001**

<b>Andalucía:</b> R.D. 400/1984
<b>Canarias:</b> R.D. 446/1994
<b>Cataluña:</b> R.D. 1517/1981
<b>Galicia:</b> R.D. 1679/1990
<b>Navarra:</b> R.D. 1689/1990
<b>País Vasco:</b> R.D. 1536/1987
<b>Valencia:</b> R.D. 1612/1987

El reciente proceso de transferencia del INSALUD a las 10 Comunidades Autónomas que antes del mes de diciembre no gestionaban estos servicios, ha supuesto la descentralización por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo de un volumen de recursos e instalaciones de más de 80 hospitales con más 37.000 camas, más de 800 quirófanos y unos 100 centros de especialidades, mientras que en Atención Primaria se han transferido casi 1.300 Equipos de Atención Primaria (EAP) con más de 12.000 médicos de familia y pediatras. En total, del INSALUD se han transferido más de 137.000 trabajadores de los cuales unos 29.000 son médicos y unos 36.000 son enfermeras.

En relación con las Corporaciones locales, hay que reseñar que tienen también competencias para "(...) participar en los órganos de dirección de las Áreas de Salud, control sanitario del medio ambiente, contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales, control sanitario de industrias, edificios y viviendas, control sanitario de distribución y suministro de alimen-



tos y bebidas y otros productos de consumo humano, control sanitario de cementerios y policía sanitaria mortuoria” según el artículo 42 de la Ley General de Sanidad.

El ejercicio de todas estas competencias de Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales se verifica mediante la alta inspección del Estado regulada en el capítulo 43 de la Ley General de Sanidad; a su vez el Estado y las Comunidades Autónomas coordinan sus actuaciones según se recoge en el capítulo de coordinación general sanitaria con los artículos 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76 y 77.

Al tiempo, la Ley crea el Consejo Interterritorial del SNS como “(...) órgano permanente de comunicación e información de los Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración central y coordinará (...) principios básicos de la política de personal, (...) productos farmacéuticos, (...) adquisiciones, (...) planificación general (...)” compuesto por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por igual número de la Administración del Estado (artículo 47).

### 3. Niveles asistenciales

---

El SNS español es un sistema con dos niveles de atención: el nivel de la Atención Primaria de salud y el nivel de la Atención Especializada (artículo 56, ver también Capítulo 3).

En el ámbito de la Atención Primaria de salud mediante fórmulas de trabajo en equipo se atiende al individuo, la familia y la comunidad trabajando con programas preventivos y asistenciales en centros de salud cuyo ámbito de actuación es la zona básica de salud; en las zonas básicas de salud se han constituido Equipos de Atención Primaria de los que forman parte médicos de familia, pediatras, enfermeros, matronas y en algunas Comunidades Autónomas, trabajadores sociales y veterinarios entre otros profesionales.

En el nivel de Atención Especializada son los hospitales y los centros de especialidades los que prestan la atención de mayor complejidad a los problemas de salud en los que desarrollan sus actividades sanitarias los médicos especialistas y el personal de enfermería, junto a farmacéuticos y otros profesionales.

Los recursos humanos y materiales del sistema de salud español agrupados en los dos niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada) necesitan actuar coordinadamente y así, para su coordinación efectiva, la Ley General de Sanidad de-

termina la creación de Áreas de Salud dirigidas por un órgano propio que pretende la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud; no obstante esta figura de gestión (las Áreas de Salud) no se ha desarrollado en general en el territorio del Estado salvo contadas excepciones.

#### 4. Recursos humanos

El SNS dispone de más de 350.000 profesionales trabajando en el conjunto de sus instalaciones, de los cuales unos 70.000 son facultativos y 106.000 son profesionales de enfermería. España disponía en 1992 del mayor número de médicos por 10.000 habitantes en toda el área de la OCDE (40 por cada 10.000 habitantes frente a los 15 por cada 10.000 habitantes de Reino Unido o 29 por cada 10.000 de Suecia) OCDE 1995.

**Cuadro 3. Personal sanitario colegiado 1998**

Médicos . . . . .	171.494
Odontólogos . . . . .	16.133
Farmacéuticos . . . . .	46.761
Veterinarios . . . . .	20.833
Enfermeros . . . . .	203.504

Fuente: INE España en cifras 1999

#### 5. Financiación

La Ley General de Sanidad prevé en su artículo 79 que pueden ser fuentes de financiación las "(...) cotizaciones sociales, las transferencias del Estado, tasas por prestación de determinados servicios y aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones locales (...)".

Los Servicios Autonómicos de Salud se financian sobre la base de los fondos transferidos desde el Estado e incluidos en el nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas aprobado en el año 2001 y que ha comenzado su vigencia el pasado 1 de enero de 2002 y el conjunto del SNS consume más de 5 billones de pesetas lo que viene a suponer cerca de un 6% del PIB.

## 6. La sanidad privada

---

La regulación de la sanidad privada en la Ley General de Sanidad reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario conforme al artículo 38 de la Constitución y determina la posibilidad de establecer conciertos con el sector privado haciendo que estos servicios sanitarios privados tengan un papel meramente complementario del sistema público.

El peso del sector sanitario privado en España en términos de gasto sanitario es de cerca de un 20% del gasto total del país en sanidad lo cual viene a suponer en términos de PIB un 1,57 según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 1997 publicados en Indicadores sociales de España 1998; en general el papel del sector sanitario privado español es relativamente escaso aunque es variable en función del territorio que se considere; en general en Cataluña, Canarias, Baleares y Madrid la presencia e implantación de servicios sanitarios privados es mayor que en el resto del país. Los conciertos con el sector privado sanitario en España suponen un % variable del total destinado a la atención sanitaria según el territorio del país que se considere. El último presupuesto del INSALUD antes de su transferencia, el de 2001 destinó cerca de un 11% a conciertos con entidades sanitarias privadas aunque Comunidades como Cataluña destinan un mayor porcentaje y otras como Andalucía destinan alrededor del 5%.

Por otra parte, el seguro privado de salud es un sector que ha venido creciendo en los últimos años hasta tal punto que existen más de seis millones de pólizas de enfermedad que cubren servicios para uno de cada cuatro españoles y mueve unos 30 millones de euros al año.

Muchas han sido las polémicas relacionadas con el papel del sector sanitario privado en España y su necesidad o no de crecimiento o subsidiariedad respecto al servicio sanitario público. Lo cierto es que con el paso del tiempo la evolución del sector sanitario privado no ha ido decreciendo sino al contrario siendo hoy un sector en expansión fruto del intento de obtener clientes sobre la base de deficiencias reales o no del sistema público (listas de espera, dificultad para elección de médico, trato personalizado, habitaciones individuales, etc.) que probablemente hacen atractivas las ofertas de las pólizas para un sector de población cada vez más amplio.

Así mismo, merece destacarse la experiencia novedosa del Hospital de la Ribera en Alzira (Valencia) gestionado mediante concesión por parte de la Generalitat Valenciana.

na durante diez años (1999 a 2008) a una Unión Temporal de Empresas constituida por Adeslas, Caja de Ahorros Bancaja, CAM y Caixa Carlet, Dragados y Construcciones y Lubasa, para la construcción, equipamiento y prestación de servicios de Atención Especializada en un Hospital de carácter comarcal que presta servicios públicos a los habitantes de esa comarca mediante gestión privada; esta experiencia ha sido discutida y muy polémica en varias ocasiones en el Parlamento español y en las Cortes Valencianas.

## **7. Prestaciones del Sistema Nacional de Salud español**

Las prestaciones sanitarias en el sistema de salud español se han ido introduciendo históricamente con escasa definición y evaluación previa y a impulsos del desarrollo tecnológico y de la ciencia médica; no ha sido hasta muy recientemente que se ha planteado la ordenación de las prestaciones mediante una norma legal (el R.D. 63/95) que reconoce las prestaciones con un carácter positivo y asegura su financiación con cargo a los presupuestos del SNS.

La pretensión de esta ordenación de las prestaciones efectuada en 1995 es la de favorecer la comprensión por parte de los ciudadanos de cuáles son estas prestaciones y la determinación de las expectativas que se pueden poner en el sistema de salud, además de favorecer una incorporación de tecnologías basada en dos criterios fundamentales: a) la evaluación previa de una tecnología que permita determinar la contribución de esa tecnología a la mejora de la efectividad de las actuaciones del sistema de salud; y b) la seguridad de el sostenimiento presupuestario de esta nueva prestación al estar dotada del presupuesto necesario para su aplicación efectiva en el sistema de salud.

La definición de las prestaciones sanitarias en el SNS español se fundamenta en la utilización de técnicas y métodos dirigidos a preservar o mejorar la salud sustentados en el acuerdo científico sobre su eficacia; por eso, no será prestación sanitaria aquella que no presente pruebas evidentes sobre su seguridad y eficacia clínica o haya sido superada por otra disponible, aquella que no tenga suficientemente probada su eficacia o aquella que se trate de una actividad de ocio, descanso, deporte o mejora estética.

A partir de estos planteamientos introducidos en este Real Decreto, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias cobra un papel de extraordinaria relevancia en la evaluación previa de nuevas tecnologías y en la evaluación continua de las tecnologías aplicadas en la cotidiana actividad de los servicios sanitarios.

El SNS español dispone así de un amplio catálogo de prestaciones sanitarias que contempla la práctica totalidad de servicios que la medicina es capaz de ofrecer (desde la asistencia más elemental, las urgencias, las emergencias o los trasplantes de órganos y tejidos más complejos) de manera gratuita y universal, con las excepciones de la financiación de productos farmacéuticos que requieren un aporte económico de aquellos usuarios no pensionistas, algunos productos farmacéuticos específicos que se consideran de aportación reducida o determinadas prestaciones protésicas y de salud dental, entre otras no cubiertas con los criterios generales de gratuidad y universalidad aplicables para la gran mayoría de las prestaciones.

# parte 2

guía  
para la elaboración de una  
Memoria  
profesional del personal facultativo médico de  
Andalucía

## Esquema y guía para la elaboración de la memoria profesional para la Oferta Pública de Empleo de personal facultativo médico de Andalucía

■ José Martínez Olmos ■ Juan Manuel Jiménez Martín ■ Manuel Bobenrieth Astete ■

El presente esquema se ha elaborado con la intención de ser útil para la realización de la memoria profesional que los aspirantes de la Oferta Pública de Empleo (OPE) a la que se refiere esta obra han de desarrollar en este proceso extraordinario. Su pretensión es ser una guía práctica y útil a la hora de enfrentarse a la realización del correspondiente ejercicio.

Creemos que los contenidos de dicha memoria, enmarcados en los requisitos normativos de la Ley 16/2001, deben contemplar suficientes elementos que permitan demostrar tanto el conocimiento de cada aspirante en los apartados exigidos, como la capacidad de desarrollar eficazmente el puesto de trabajo para el que se aspira.

Una de las cuestiones más controvertidas y que más incertidumbre genera en relación con el tipo de memoria profesional que se considera más adecuada, es la que se refiere a sus contenidos y a su extensión; entendemos que la memoria exigible para una prueba de estas características no es homologable a las que se suelen preparar para puestos como los de jefe de servicio o similares. En estos casos, además de que las memorias suelen recoger una ingente cantidad de información que demuestre el conocimiento del aspirante, posteriormente se suele defender ante un tribunal. Este no es el caso y consideramos que esto es esencial a la hora de articular el esquema para la elaboración de la memoria que este proceso determina; además, la limitada disponibilidad de tiempo para su ejecución, es un condicionante que también ha de ser considerado.

En nuestra opinión, los aspirantes han de tener muy claramente establecido un guión, básico y sencillo, que sea válido para que en el momento del desarrollo del ejercicio, sea fácil completarlo con contenidos que permitan demostrar el adecuado conocimiento del contexto general y de la organización (hospitalaria o de Atención Primaria), en el que el puesto de trabajo se ha de desarrollar; al tiempo, es necesario incorporar las cuestiones que específicamente están relacionadas con la especialidad en la que se encuadre el puesto de trabajo para el que se aspira.

Por todo ello, el equipo de trabajo que elabora esta documentación de apoyo, considera que lo más adecuado para estas circunstancias es definir un esquema de memoria sencillo y práctico que sirva de guía para que cada aspirante, pueda completar los ítems necesarios y adaptarlos a la realidad de su puesto con la mayor facilidad posible, por lo que entendemos, que difícilmente se justifica la realización de memorias más extensas de unos 10 folios DIN A4.

En este sentido, el esquema propuesto en esta guía se ajusta a los requerimientos expuestos en la citada ley. Se desarrollarán, por tanto, los siguientes contenidos:

<b>A.</b> Análisis detallado de las funciones (asistenciales, docentes e investigadoras) que se deben desarrollar en la especialidad a la que se opta
<b>B.</b> Conocimientos y medios necesarios para su desempeño
<b>C.</b> Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo. Nivel de responsabilidad del personal facultativo
<b>D.</b> Importancia de las funciones en la Organización

## ESQUEMA PARA LA ELABORACIÓN DE LA MEMORIA PROFESIONAL

### **A. ANÁLISIS DETALLADO DE LAS FUNCIONES (ASISTENCIALES, DOCENTES E INVESTIGADORAS) QUE SE DEBEN DESARROLLAR EN LA ESPECIALIDAD A LA QUE SE OPTA**

- A.1. Funciones derivadas de la legislación de base
- A.2. Funciones asistenciales del personal facultativo médico
- A.3. Funciones del personal facultativo médico derivadas de la Cartera de Servicios del SAS
- A.4. Funciones del personal facultativo médico derivadas del Plan de Calidad y Eficiencia
- A.5. Implicaciones de las funciones en el ámbito docente e investigador

### **B. CONOCIMIENTOS Y MEDIOS NECESARIOS PARA SU DESEMPEÑO**

- B.1. Conocimientos técnicos y científicos
- B.2. Estructura y organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada
  - B.2.1. Ámbito del Sistema Nacional de Salud
  - B.2.2. Ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía
- B.3. Gestión innovadora de la Asistencia Sanitaria
  - B.3.1. Gestión por Procesos
  - B.3.2. Gestión por Competencias
  - B.3.3. Medicina Basada en la Evidencia
- B.4. Definición de características de la especialidad, medios y recursos para su desempeño

### **C. ASPECTOS JURÍDICOS RELACIONADOS CON EL PERSONAL FACULTATIVO MÉDICO.**

#### **NIVEL DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL FACULTATIVO MÉDICO**

- C.1. Responsabilidades generales
- C.2. Responsabilidad civil
- C.3. Responsabilidad penal
- C.4. Derechos y deberes del ciudadano según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía
- C.5. Consentimiento informado y papel del ciudadano en los servicios sanitarios públicos en la actualidad

### **D. IMPORTANCIA DE LAS FUNCIONES EN LA ORGANIZACIÓN**

- D.1. Salud como servicio esencial
- D.2. Papel de los servicios sanitarios en la sociedad actual
- D.3. Papel del Estado
- D.4. Papel de los profesionales médicos en general y de los especialistas en particular en el contexto de la Organización Sanitaria
- D.5. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada



A. Análisis detallado de las funciones  
(asistenciales, docentes e investigadoras)  
que se deben desarrollar en la especialidad a la que se opta

### **A.1. Funciones derivadas de la legislación de base**

---

En este apartado se describirán las funciones del personal facultativo médico derivadas de la legislación de base.

### **A.2. Funciones Asistenciales del personal facultativo médico**

---

En este apartado de funciones asistenciales del personal facultativo de acuerdo al estatuto de personal facultativo (Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre) y sus modificaciones posteriores, se pretende que queden recogidas someramente las funciones que el Estatuto marca en el ámbito asistencial, entendiéndose que es necesario incluir aquí tanto la asistencia, como la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación, de tal forma que sean descritas de qué forma se pueden desarrollar cotidianamente de manera eficaz. Para ello, puede tenerse en cuenta lo recogido en la normativa, tal como se detalla a continuación:

- Médico General (artículo 20)
- Pediatra - Puericultor (artículo 21)
- Médicos de los Servicios de Urgencias (artículo 22)
- Médicos Especialistas (artículo 23)
- Médicos ayudantes de los especialistas quirúrgicos y médico - quirúrgicos (artículo 24)
- Médicos de Urgencia Hospitalaria (R.D.866/2001, de 20 de julio)
- Médicos de Admisión y Documentación Clínica (R.D.866/2001)

---

### **A.3. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios del SAS**

---

La cartera de servicios define las actividades, los servicios y los programas que se desarrollan en un centro sanitario. Dentro de un nivel más amplio, como el que nos ocupa para la realización de esta memoria, creemos que el aspirante debe referir descriptivamente la cartera de servicios del SAS, así como resaltar qué aspectos considera relevantes en lo que se refiere a:

- La capacitación necesaria por parte del profesional para su adecuación a esa cartera de servicios
- La orientación de esos servicios hacia el ciudadano
- Las necesidades de coordinación con otros profesionales y/o servicios de otro nivel asistencial que se derivan de esa cartera de servicios

### **A.4. Funciones del personal facultativo médico derivadas del Plan de Calidad y Eficiencia**

---

En este apartado, creemos que los aspirantes deben reflexionar sobre el papel que se otorga a los profesionales facultativos en las definiciones estratégicas del Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud especialmente lo que se deriva de las líneas de Calidad y Gestión por procesos. Los profesionales tienen un papel central en las políticas de calidad dada su alta cualificación y su capacidad de expertos y es por ello necesaria su incorporación activa y protagonista en estas estrategias.

Creemos, que de la Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales publicada por la Consejería de Salud en 2001, puede extraerse claramente un papel activo del facultativo en alguno o algunos de los procesos definidos por la Consejería de Salud, en función de la especialidad de que se trate. Por ello, en este apartado sería necesario definir brevemente qué aportaciones pueden ofrecerse desde esa especialidad y desde el nivel asistencial donde se desarrolle la práctica profesional, (Atención Primaria, Atención Especializada) a la gestión por procesos y a las políticas de calidad sobre la base de la experiencia profesional del aspirante. Así mismo, el desarrollo de los sistemas de información basados en las nuevas tecnologías de la comunicación, al permitir la utilización de historias clínicas digitales, abre nuevas expectativas en el papel de los facultativos tanto en lo que se refiere a la coordinación entre miembros de un mismo equipo profesional, como entre servicios del mismo o diferentes niveles, sobre las que el aspirante debe incorporar algunas reflexiones.

---

## **A.5. Implicaciones de las funciones en el ámbito docente e investigador**

---

En este apartado deberá incorporarse la visión que se tiene de las funciones que, desde la especialidad desde la que se opta en concreto, han de desarrollarse en el ámbito de la docencia. Deberá referirse funciones referidas a:

- Docencia de formación continuada
- Docencia a Médicos Internos Residentes u otros profesionales en formación de postgrado
- Docencia universitaria de pregrado

Al mismo tiempo, relacionar esta visión con las implicaciones que se derivan tanto de la experiencia del profesional aspirante, como de los contenidos de la línea de investigación definida en el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud.

## **B. Conocimientos y medios necesarios para su desempeño**

### **B.1. Conocimientos técnicos y científicos**

---

El aspirante deberá demostrar conocimientos acerca de las distintas vías de formación, pregrado, postgrado y formación continuada. De igual forma, debería demostrar un nivel de información adecuado acerca de la definición que de su especialidad aparece en las guías de formación de especialidades.

### **B.2. Estructura y organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada**

---

#### ■ B.2.1 ■ Ámbito del Sistema Nacional de Salud

Consideramos que el aspirante ha de incluir en este apartado una breve descripción del SNS que contemple los siguientes aspectos: Servicios Autonómicos de Salud y funciones, organización de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) y de los Equipos de Atención Primaria, nivel de Atención Especializada y Áreas de Salud. Todo ello a partir de la Ley General de Sanidad de 1986.

### ■ B.2.2 ■ **Ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía**

En este apartado, habría que definir la estructura organizativa de la Atención Primaria en Andalucía, es decir, los distritos sanitarios, las zonas básicas de salud y los equipos básicos de Atención Primaria y las funciones definidas tanto en el Decreto 195/85 como en la Ley de Salud de Andalucía de 1998.

Deberá describirse la organización hospitalaria andaluza haciendo referencia tanto a los hospitales del Servicio Andaluz de Salud, como a los hospitales empresas públicas constituidos en Andalucía: se describirá el organigrama tipo de un hospital y los aspectos más relevantes de la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud. De igual forma, se deberá aludir a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía.

## **B.3. Gestión innovadora de la asistencia sanitaria**

Consideramos que debe describirse brevemente y de forma global el Plan de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud, y más concretamente:

### ■ B.3.1 ■ **Gestión por Procesos**

Descripción de cuáles son los procesos definidos como básicos por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía así como un desarrollo elemental de la metodología en la que se fundamentan.

### ■ B.3.2 ■ **Gestión por Competencias**

Descripción de los objetivos de la política general de gestión de profesionales definida en el Plan así como los aspectos esenciales del modelo de gestión por competencias es decir, definición de conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para el puesto de trabajo.

### ■ B.3.3 ■ **Medicina Basada en la Evidencia**

Definición del concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y breve valoración de la utilidad para el trabajo clínico de calidad en la especialidad que se trate. Es interesante incorporar un análisis de los elementos que actúan favoreciendo y/o dificultando su aplicación en la práctica clínica cotidiana sobre la base de la experiencia del aspirante.

---

#### **B.4. Definición de características de la especialidad, medios y recursos para su desempeño**

---

En este apartado, creemos necesario incorporar la descripción de cuáles son los elementos que definen la especialidad en cuestión, tanto en lo que se refiere a los objetivos de la especialidad, el tipo de patologías que requieren la atención en el trabajo clínico, los datos y las fuentes epidemiológicas que definan la morbilidad y mortalidad más relevante a la que el aspirante se ha de enfrentar en el desempeño del puesto de trabajo y las características clínicas y sociales de los pacientes a los que hay que atender habitualmente en la actividad asistencial.

Junto a lo anterior, la definición de los medios y los recursos necesarios para el adecuado desempeño, estaría referida a aquellos niveles de equipamiento, material clínico, tecnologías y nivel de formación del equipo, que se consideran imprescindibles para la realización del trabajo clínico con la calidad que exige el nivel en el que se trabaje. En este sentido, ha de tenerse en cuenta si las actividades clínicas se han de realizar en un centro de salud, en un hospital de tipo comarcal o de más alto nivel al mismo tiempo que se ha de considerar el grado y el desarrollo del conocimiento científico-médico en la especialidad concreta en la que se está pretendiendo optar.

### **C. Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo médico.**

#### **Nivel de responsabilidad del personal facultativo médico**

##### **C.1. Responsabilidades generales**

---

En este apartado deberán definirse brevemente, como marco contextual.

##### **C.2. Responsabilidad civil**

---

En este apartado, deberá definirse el concepto de responsabilidad civil, así como los fundamentos legales en que se sustenta, haciéndose una valoración de su repercusión real en la práctica asistencial en su especialidad.

### **C.3. Responsabilidad penal**

---

En este apartado, deberá definirse el concepto de responsabilidad penal, así como los fundamentos legales en que se sustenta, haciéndose una valoración de su repercusión real en la práctica asistencial de su especialidad.

### **C.4. Derechos y deberes del ciudadano según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía**

---

Este apartado, entendemos que debe recoger de forma literal y descriptiva, los derechos y deberes de los ciudadanos que se recogen en la Ley General de Sanidad de 1986 y en la Ley de Salud de Andalucía de 1998. Al mismo tiempo, puede ser de interés hacer una valoración sobre qué aportan los nuevos derechos ciudadanos incorporados en la Ley andaluza de 1998, respecto a la Ley general de Sanidad de 1986.

### **C.5. Consentimiento informado y papel del ciudadano en los servicios sanitarios públicos en la actualidad**

---

En este apartado, conviene hacer una reflexión sobre el papel que los ciudadanos tienen en la actualidad en los servicios sanitarios considerando, entre otros, aspectos como los siguientes:

- El hecho de que los ciudadanos contribuyen al sostenimiento de los servicios a través de los impuestos
- La orientación de los servicios hacia sus necesidades de salud
- La necesidad de establecer vías de participación social en salud
- La necesidad de incorporar nuevos derechos, en función de la evolución del conocimiento científico y de la evolución social
- La necesidad de incrementar los niveles de responsabilidad de la sociedad en el cuidado y prevención de la salud

Especial consideración debería tener el consentimiento informado como elemento de modernización y mejora de los servicios de salud en sus actuaciones sobre los pacientes. Así, la definición de consentimiento informado, su formulación jurídica y los requisitos mínimos que deben tenerse en cuenta para su puesta en práctica, creemos han de ser incorporados a la memoria. Igualmente, sería pertinente incluir una valoración por parte del aspirante acerca de la utilidad del consentimiento informado en su práctica asistencial cotidiana.

## D. Importancia de las funciones en la Organización

### D.1. Salud como servicio esencial

En este apartado, creemos que hay que señalar la enorme importancia que la sociedad otorga desde siempre a la salud, lo que explica la evolución que desde el punto de vista normativo se ha seguido en la mayor parte de los países. Debe señalarse como, en España (a pesar de que la evolución del sistema de seguridad social creado en 1942 puede considerarse positiva hasta el inicio de la transición democrática a finales de la década de los 70) no es hasta la promulgación de la Constitución española de 1978 que no se reconoce el derecho a la salud para todos los ciudadanos y se determina que serán los poderes públicos los responsables de su promoción y cuidado. La promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 ha permitido, al poner en pie un verdadero SNS con cobertura universal, financiación por impuestos y orientación integral, conseguir que hoy sea realidad la consideración social de la salud como un bien esencial.

### D.2. Papel de los servicios sanitarios en la sociedad actual

En este apartado, creemos que ha de citarse la contribución positiva a la mejora de la esperanza de vida al nacer, la aportación realizada al notable incremento de los niveles de equidad en la población, la contribución positiva a la disminución de causas de muerte en numerosas enfermedades en las que tradicionalmente los éxitos de la medicina habían sido menos relevantes, la contribución positiva a la evolución de la morbilidad relativa a numerosas patologías (especialmente las de carácter infeccioso, las infantiles y las relacionadas con la maternidad) o el desarrollo positivo de líneas de investigación sanitaria cuyo beneficio potencial sobre la salud es siempre positivo.

También las aportaciones de los servicios sanitarios en la sociedad actual que se refieren a la colaboración que en ocasiones se realiza desde el sector salud con otros sectores para el desarrollo conjunto de acciones favorables a la salud de los ciudadanos: ciudades saludables, sanidad ambiental y su contribución indirecta para que la industria del turismo sea más atractiva y competitiva, prevención y actuación frente a los accidentes de tráfico, prevención y actuación ante drogodependencias o programas de carácter socio sanitario.

### **D.3. Papel del Estado**

---

En este apartado, hay que citar que el Estado hoy, una vez culminado el proceso de transferencias de los servicios sanitarios que se gestionaban en el INSALUD, tiene un papel fundamentalmente referido a la coordinación de las acciones y a generar la necesaria cooperación entre Administraciones públicas para que sea posible que los derechos de los ciudadanos sean iguales en cualquier parte del territorio.

Así, la Alta inspección, la financiación equitativa y suficiente del SNS, la corrección de las desigualdades, la determinación de las prestaciones básicas o la puesta en pie de un sistema de información común que, entre otras cuestiones, favorezca políticas de calidad y de acreditación de servicios o el establecimiento de garantías para la libre circulación de profesionales son algunas de las tareas que el Estado ha de desarrollar coherente y coordinadamente con las Administraciones autonómicas.

Hay que hacer una referencia al marco legal que determina el papel del Estado, fundamentalmente a la Constitución española, los Estatutos de Autonomía, la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley del Medicamento de 1990 y las Leyes autonómicas de salud. Además, sería de interés aportar alguna reflexión acerca de las consecuencias que acarreará la elaboración futura de una Ley de Coordinación del SNS (abordará las funciones y competencias del Gobierno central y los mecanismos de coordinación con las Comunidades Autónomas en materia sanitaria, tras la transferencia del INSALUD).

### **D.4. Papel de los profesionales médicos en general y de los especialistas en particular en el contexto de la Organización Sanitaria**

---

Aquí, la referencia necesaria pasa por señalar el papel experto de los profesionales en su área de conocimientos lo cual determina la existencia de asimetrías de información entre profesionales y pacientes así como entre profesionales y gestores. También, es conveniente referir que esa cualificación profesional de los facultativos, les confiere una gran capacidad para tomar decisiones clínicas que suponen capacidad de asignación de recursos, lo que desde el punto de vista de búsqueda de eficiencia, es de una enorme importancia. Conviene referir cómo por este tipo de razones, en la actualidad, en los servicios sanitarios europeos se exige que para ser eficaces y eficientes en el uso de los recursos sanitarios, es necesario que los profesionales tengan autonomía y responsabilidad en el trabajo clínico con el mayor enfoque posible a la excelencia clínica y por tanto, a la medicina basada en la evidencia.



---

Asimismo, es necesario hacer una referencia acerca de la necesidad de que los profesionales de la medicina contribuyan al trabajo coordinado en el interior de los equipos profesionales multidisciplinares que componen los centros de salud (en el ámbito de la Atención Primaria) y los servicios clínicos (en el ámbito de la Atención Especializada); ello permitirá mayor eficacia en las acciones de estos equipos profesionales en beneficio de la salud de los pacientes y ciudadanos.

### **D.5. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada**

---

En este apartado, es necesario que el aspirante reflexione sobre la necesidad de la coordinación entre niveles asistenciales como requisito de calidad, así como las razones por las que puede afirmarse que la coordinación e integración de los niveles asistenciales es necesaria para un buen funcionamiento de los servicios sanitarios. Deberían así mismo hacer referencia a las dos premisas que se consideran esenciales para que la coordinación entre los niveles asistenciales sea una realidad y el papel que la gestión por procesos puede desempeñar en beneficio de la coordinación.

# parte 3

guía  
para la elaboración de una  
Memoria  
profesional del personal facultativo médico de  
Andalucía

## A. Análisis detallado de las funciones que debe desarrollar en la especialidad a la que se opta

<b>A.1. Funciones derivadas de la legislación de base</b> .....	48
▪ A.1.1. Constitución Española de 1978 .....	48
▪ A.1.2. Ley General de Sanidad .....	48
▪ A.1.3. Ley de Salud de Andalucía .....	50
▪ A.1.4. Real Decreto 866/2001 .....	52
▪ A.1.5. Estatuto de Personal Facultativo de la Seguridad Social .....	53
▪ A.1.6. Legislación sobre asistencia especializada en la Comunidad Autónoma de Andalucía .....	53
<b>A.2. Funciones Asistenciales del Personal Facultativo</b> .....	54
▪ A.2.1. Funciones del Médico General (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 20) .....	54
▪ A.2.2. Funciones del Pediatra - Puericultor (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 21) .....	54
▪ A.2.3. Funciones del Pediatra de Área (Ley 2/98 de 15 de junio de Salud de Andalucía) .....	54
▪ A.2.4. Funciones de los Médicos de los Servicios de Urgencia (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 22) .....	55
▪ A.2.5. Funciones de los Médicos Especialistas (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 23) .....	55
▪ A.2.6. Funciones de los Médicos ayudantes de los especialistas quirúrgicos y médico - quirúrgicos (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en D. 3160/1966, de 23 de dic. - Artículo 24) ..	56
▪ A.2.7. Funciones de los Médicos Adjuntos (Actualmente este apartado correspondería a los médicos facultativos especialistas de área y a los antiguos médicos adjuntos) (Reglamento de Régimen Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias. Orden de 7 de julio de 1972, Artículo 73) .....	56
▪ A.2.8. Funciones de los médicos especialistas derivadas de las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero) .....	57

▪ A.2.9. Funciones de los Médicos de Urgencia Hospitalaria (Real Decreto 866/2001 de 20 de julio) . . . . .	58
▪ A.2.10. Funciones de los Médicos de Admisión y Documentación Clínica (Real Decreto 866/2001 de 20 de julio) . . . . .	59
<b>A.3. Funciones del Personal Facultativo derivadas de la Cartera de Servicios del SAS . . . . .</b>	<b>60</b>
▪ A.3.1. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios del SAS en Atención Primaria . . . . .	63
A.3.1.1. Consulta de medicina general . . . . .	67
A.3.1.2. Consulta pediátrica . . . . .	67
A.3.1.3. Servicio de enfermería . . . . .	67
A.3.1.4. Urgencias en el centro . . . . .	68
A.3.1.5. Urgencias en el domicilio . . . . .	68
A.3.1.6. Educación maternal . . . . .	68
A.3.1.7. Seguimiento del embarazo normal . . . . .	68
A.3.1.8. Atención puerperal . . . . .	69
A.3.1.9. Detección precoz de metabopatías . . . . .	69
A.3.1.10. Vacunaciones infantiles . . . . .	70
A.3.1.11. Seguimiento de la salud infantil . . . . .	70
A.3.1.12. Salud escolar . . . . .	70
A.3.1.13. Planificación familiar . . . . .	71
A.3.1.14. Atención al alta hospitalaria . . . . .	72
A.3.1.15. Atención a personas inmovilizadas . . . . .	72
A.3.1.16. Atención a personas en situación terminal . . . . .	72
A.3.1.17. Atención de ancianos en riesgo . . . . .	73
A.3.1.18. Atención de ancianos residentes en instituciones . . . . .	73
A.3.1.19. Atención de personas con Hipertensión Arterial . . . . .	73
A.3.1.20. Atención de personas con Diabetes . . . . .	74
A.3.1.21. Atención de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica/obstrucción crónica al flujo aéreo . . . . .	75
A.3.1.22. Atención de personas seropositivas . . . . .	75
A.3.1.23. Atención de personas con Asma . . . . .	76
A.3.1.24. Atención a personas polimedicadas . . . . .	77
A.3.1.25. Deshabitación tabáquica / Atención a personas fumadoras . . . . .	77
A.3.1.26. Atención a personas en tratamiento anticoagulante oral . . . . .	78
A.3.1.27. Inmunización contra la Gripe . . . . .	78
A.3.1.28. Inmunización contra el Tétanos y la Difteria . . . . .	79
A.3.1.29. Inmunización contra la Hepatitis B . . . . .	79
A.3.1.30. Cirugía menor . . . . .	80
A.3.1.31. Detección precoz del cáncer de mama . . . . .	81

A.3.1.32. Atención al climatario .....	81
A.3.1.33. Atención a la Tuberculosis .....	82
A.3.1.34. Atención y educación sexual a jóvenes .....	82
A.3.1.35. Salud mental .....	83
A.3.1.36. Atención de personas en riesgo social .....	83
A.3.1.37. Tratamiento de procesos agudos bucodentales .....	84
A.3.1.38. Seguimiento de la salud bucodental de las embarazadas .....	84
A.3.1.39. Sellado de fisuras a escolares entre 6 y 15 años .....	85
A.3.1.40. Obturación a escolares entre 6 y 15 años .....	85
A.3.1.41. Fisioterapia/Rehabilitación .....	85
A.3.1.42. Atención sanitaria en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual .....	86
A.3.1.43. Vigilancia epidemiológica .....	86
▪ A.3.2. Funciones derivadas de la Cartera de Procedimientos Diagnósticos .....	86
▪ A.3.3. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios en Atención Especializada .....	87
A.3.3.1. Área Médica .....	87
A.3.3.2. Área Quirúrgica .....	88
A.3.3.3. Área de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento .....	89
▪ A.3.4. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios de los Centros de Transfusión Sanguínea .....	90
▪ A.3.5. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios de Atención al Usuario .....	90
▪ A.3.6. Funciones derivadas de los Convenios para la Provisión de Servicios Sanitarios .....	90
▪ A.3.7. Funciones derivadas del Fondo de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria .....	91
▪ A.3.8. Funciones derivadas de algunos Planes desarrollados actualmente .....	93
<b>A.4. Funciones asistenciales del Personal Facultativo derivadas del Plan de Calidad y Eficiencia .....</b>	<b>94</b>
▪ A.4.1. Línea estratégica de calidad .....	95
▪ A.4.2. Línea de evaluación .....	96
▪ A.4.3. Línea de sistemas de información y tecnologías de la información .....	97
<b>A.5. Implicaciones de las funciones en el ámbito docente e investigador .....</b>	<b>98</b>
▪ A.5.1. Funciones docentes .....	98
A.5.1.1. Normativa .....	98
A.5.1.2. Actividades de formación y docencia .....	99
▪ A.5.2. Funciones investigadoras .....	102
A.5.2.1. Línea Estratégica de Investigación en el Plan de Calidad y Eficiencia .....	102
A.5.2.2. Programa Marco de Investigación en Salud en Andalucía .....	103

## A. Análisis detallado de las funciones (asistenciales, docentes e investigadoras) que se deben desarrollar en la especialidad a la que se opta

■ *María Cecilia Escudero Espinosa* ■ *Sandra Pinzón Pulido* ■  
■ *Nuria Pascual Martínez* ■ *Francisco Conti Cuesta* ■

### A.1. Funciones derivadas de la legislación de base

Para desarrollar este apartado es conveniente conocer inicialmente las disposiciones legales que regulan la sanidad en España y en la Comunidad Autónoma Andaluza.

#### A.1.1. Constitución Española de 1978

---

- Los artículos 43 y 49 de la Constitución Española establecen el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. Para ser efectivo este derecho, se requiere de los poderes públicos y la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo.
- El Título VIII de la Constitución Española institucionaliza las Comunidades Autónomas y les reconoce amplias competencias en materia de sanidad. El Estado debe poner a disposición de las Comunidades Autónomas un dispositivo sanitario suficiente para atender las necesidades sanitarias de la población residente en sus respectivas jurisdicciones.

#### A.1.2. Ley General de Sanidad

---

Es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 102/1986) publicada el 29 de abril del mismo año.

Esta ley regula todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de todos los españoles y ciudadanos extranjeros que tengan residencia en el territorio nacional. Los extranjeros no residentes en España y los españoles

fuera del territorio nacional tendrán garantizado este derecho según los convenios internacionales establecidos.

En relación a los objetivos de este libro, se pueden destacar los siguientes aspectos de la Ley General de Sanidad:

- Se concibe un SNS como un conjunto de servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.
- Se determina que en cada Comunidad Autónoma habrá de constituirse un servicio de salud, integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado por la propia Comunidad Autónoma.
- Se establece la estructura de los servicios sanitarios en Áreas de Salud, organizadas conforme a la concepción general de la sanidad, de manera que sea posible ofrecer desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.
- Las áreas de salud se distribuyen de forma desconcentrada en demarcaciones territoriales delimitadas, respondiendo a las ideas de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa.
- Se otorga a las Corporaciones Locales el derecho efectivo a participar en el control y gestión de las áreas de salud, incorporando representantes de las mismas en los principales órganos colegiados del área.
- El artículo 56 establece que las Áreas de Salud deberán desarrollar las siguientes actividades a través del personal destinado en ellas: promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y educación para la salud. Estas acciones sanitarias se enmarcan en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Desde el nivel de Atención Primaria de Salud se atenderá al individuo, la familia y la comunidad, mediante programas de salud, funciones de promoción de salud, prevención, curación y rehabilitación a través tanto de los medios básicos como de los Equipos de Atención Primaria. Dentro de las funciones señaladas se distinguen:
  - Asistencia sanitaria individual y colectiva a la población adscrita al Equipo de Atención Primaria en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias, en coordinación con los Dispositivos de Apoyo de Atención Primaria y los Servicios de Especialidades Médicas del Área.
  - Desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención, curación, rehabilitación, participación en las tareas de reinserción social y Programas de Salud Materno- Infantil, Salud Mental, Salud Laboral y Ambiental.
  - Contribución a la educación sanitaria de la población.

- Evaluación de las actividades realizadas y los resultados obtenidos en la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la Atención Primaria.
  - Desarrollo y participación en Programas de docencia y formación continuada de los profesionales de Atención Primaria y realización de actividades de formación pregraduada y postgraduada, estudios clínicos y epidemiológicos.
  - Otras funciones similares necesarias para una mejor atención de la población protegida.
- Desde el nivel de Atención Especializada se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones de los hospitales.

La Atención Especializada considera la asistencia a personas que incluye diagnóstico y tratamiento médico y/o con técnicas quirúrgicas y exploratorias en régimen ambulatorio, domiciliario o dentro de una unidad de hospitalización.

### **A.1.3. Ley de Salud de Andalucía**

---

Es la Ley 2/1998, de 15 de junio.

El objeto principal de esta ley es la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía.

- El Título I establece la universalización de la atención sanitaria, garantizando la misma a todos los ciudadanos de Andalucía sin discriminación alguna.
- El Título II completa los contenidos de la Ley General de Sanidad sobre los derechos y obligaciones de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y entre otras cuestiones propone el derecho a la segunda opinión facultativa o amplía la facultad de libre elección a la libre elección de médico, profesional sanitario, servicio y centro sanitario.
- El Título III define la participación de los ciudadanos en el SSPA a través del Consejo Andaluz de Salud y de los Consejos de Salud de Área.
- El Título IV determina los criterios y principios generales de actuación en materia de salud, incluidos aspectos de salud laboral.

- En el Título V se define el Plan Andaluz de Salud como marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud; además se establecen sus contenidos mínimos y se determinan sus criterios de aplicación descentralizada en el territorio.
- El Título VI aborda la definición y distribución de las competencias y funciones sanitarias en el ámbito de las Administraciones Públicas.
- El Título VII determina la ordenación sanitaria en Andalucía y concibe el sistema como un conjunto de recursos, medios y actuaciones orientados a satisfacer el derecho a la salud de los ciudadanos. Se describen también los espacios de colaboración de la iniciativa privada con el Sistema Público.
- El Título VIII desarrolla aspectos de docencia e investigación.
- En el Título IX se determinan las cuestiones relativas a la financiación del sistema.

Esta Ley se fundamenta en los principios de:

- Universalización y equidad
- Consecución de la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de servicios
- Concepción integral de la salud
- Integración funcional de todos los recursos
- Planificación, eficacia y eficiencia
- Descentralización, autonomía y responsabilidad
- Participación de los ciudadanos
- Participación de los trabajadores
- Promoción del interés individual y social por la salud y por el sistema sanitario
- Promoción de la docencia e investigación
- Mejora continua
- Utilización eficaz y eficiente de los recursos

Las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar los objetivos de salud propuestos constituyen el Plan Andaluz de Salud. Su elaboración será responsabilidad de la Consejería de Salud y contemplará, como mínimo:

- Conclusiones del análisis de los problemas y de la situación de salud de la Comunidad Autónoma
- Objetivos de salud
- Prioridades de intervención
- Estrategias y políticas de intervención



- Calendario general de actuación
- Recursos necesarios

El Plan será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud, remitiéndose al Parlamento de Andalucía para su conocimiento y estudio. En la actualidad, el II Plan Andaluz de Salud vigente desde 1999, contempla actividades y acciones hasta el año 2003.

La Ley de Salud de Andalucía establece como funciones de la asistencia sanitaria:

- 1. Atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia: promoción, salud pública, prevención, curación, rehabilitación y atención sociosanitaria.
- 2. Atención a los problemas de salud mental en la comunidad, potenciando los recursos de carácter ambulatorio, la hospitalización parcial y atención domiciliaria y las unidades psiquiátricas en los hospitales.
- 3. Prestación de productos farmacéuticos, terapéuticos y diagnósticos.
- 4. Control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria.
- 5. Mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del sistema sanitario.
- 6. Fomento y participación en las actividades de investigación.

Se reconocen como “grupos especiales de riesgo” los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos como de riesgo.

#### **A.1.4. Real Decreto 866/2001**

Por Real Decreto 866/2001 de 20 de julio se crean, en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del INSALUD, las categorías y modalidades del Médico de Urgencia Hospitalaria y de Médico de Admisión y Documentación Clínica, integradas en el Estatuto Jurídico de Personal Médico para desempeñar sus funciones en los servicios de urgencia de los hospitales y en las unidades que lleven a cabo las funciones de admisión y archivo y documentación clínica.

### **A.1.5. Estatuto de Personal Facultativo de la Seguridad Social**

---

Las funciones del personal facultativo vienen reguladas en el Capítulo III del Estatuto del Personal Facultativo, aprobado mediante Decreto 3160/1966, del 23 de diciembre y modificado por otras disposiciones, fundamentalmente el Real Decreto 2166/84 de 23 de noviembre (actualmente derogado) que regulaba la selección del Personal Facultativo de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y la Ley 30/99 de 5 de octubre, de Selección y Provisión de plazas del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

### **A.1.6. Legislación sobre asistencia especializada en la Comunidad Autónoma de Andalucía**

---

En la Comunidad Autónoma Andaluza, de acuerdo a la Ley 8/86 de 6 de mayo del Servicio Andaluz de Salud, al Decreto 105/86 de 11 de junio sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales y a la Ley 2/98 de 15 de junio de Salud de Andalucía se establece el marco general de la asistencia especializada en esta Comunidad Autónoma en los siguientes términos:

- Se prestará en Hospitales y Centros de Especialidades.
- Cada Área de Salud dispondrá de al menos un dispositivo de Atención Especializada de titularidad pública al que pueda acceder la población.

La Consejería de Salud fijará los servicios a ofertar y designará los centros que tengan las características necesarias para dar atención en más de un Área de Salud así como las condiciones bajo las cuales los usuarios podrán solicitar a otros Servicios u Hospital.

En el área de urgencias hospitalarias se establece como función dar atención rápida y eficaz a quienes accedan a ella, evitando técnicas diagnósticas auxiliares innecesarias.

## A.2. Funciones Asistenciales del Personal Facultativo

### A.2.1. Funciones del Médico General (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 20)

---

- La asistencia ambulatoria y domiciliaria de las personas de más de siete años de edad, protegidas por la Seguridad Social y que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- La permanencia en un lugar fijado para la consulta, durante el horario establecido al efecto.
- La recepción y cumplimiento de los avisos para la asistencia a domicilio de conformidad con las normas de ordenación de asistencia.
- La asistencia de los avisos de urgencia que se reciban los días laborables asimismo de conformidad con las normas de ordenación de la asistencia. En aquellas localidades en que no se haya establecido el Servicio de Urgencia, asumirán las funciones de éste.
- La toma de muestras a domicilio para análisis clínicos, cuando no exista Analista en la localidad o por su técnica la toma no pueda ser realizada por un Ayudante Técnico Sanitario.

### A.2.2. Funciones del Pediatra - Puericultor (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 21)

---

- La asistencia médica, ambulatoria y domiciliaria de las personas de hasta siete años de edad (entre 7 y 14 años se podrá optar entre los facultativos de Medicina General o Pediatría) protegidas por la Seguridad Social, que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

### A.2.3. Funciones del Pediatra de Área (Ley 2/98 de 15 de junio de Salud de Andalucía)

---

- Prestar atención médica en régimen domiciliario y ambulatorio de acuerdo a la programación realizada en personas de hasta catorce años, beneficiarios de la Seguridad Social y adscritos por la Gerencia.
- Indicación, prescripción y realización de las técnicas que correspondan de acuerdo a la especialidad y desarrollo de los servicios dirigidos a infantes que formen parte de la cartera de servicios.

#### **A.2.4. Funciones de los Médicos de los Servicios de Urgencia (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 22)**

---

- La cumplimentación de los avisos de este carácter recibidos por la población protegida adscrita al Servicio, de acuerdo con el horario establecido en las normas de ordenación de la asistencia.
- La aplicación de inyectables, realización de curas y demás extremos que se consideren indicadas para la debida atención al enfermo.
- Asimismo, realizarán los turnos de guardia y cumplimentarán las instrucciones que se deriven de las disposiciones reguladoras del servicio de Urgencia.

#### **A.2.5. Funciones de los Médicos Especialistas (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 23)**

---

- La asistencia completa dentro de su especialidad de las personas protegidas por la Seguridad Social que le hayan sido adscritas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, de acuerdo con las normas reglamentarias.
- La asistencia especializada incluye la práctica de las técnicas exploratorias y quirúrgicas, en su caso habituales de la especialidad y abarcará tanto la asistencia ambulatoria como la domiciliaria y la de régimen de internamiento.
- La asistencia en los términos a que se refiere el apartado anterior, se prestará a requerimientos del Médico General, Pediatra o Puericultor o de otro Especialista.
- La visita a domicilio del Especialista se celebrará en consulta con el facultativo que lo haya solicitado. Se exceptúa de lo anterior la asistencia de los especialistas en Pediatría - Puericultura, Tocología y Odontología, quienes prestarán la asistencia a requerimiento directo del titular o de sus beneficiarios.
- A los especialistas de Oftalmología podrán acudir directamente las personas protegidas por la Seguridad Social que presenten una afección que requiera asistencia urgente de dicha especialidad, así como para exámenes de graduación de la vista.
- Auxiliar al jefe del equipo en los actos quirúrgicos y en las asistencias ambulatorias y sustituirlos, previa autorización del servicio sanitario, en caso de ausencia (licencias, vacaciones y causas excepcionales).

---

### **A.2.6. Funciones de los Médicos ayudantes de los especialistas quirúrgicos y médico - quirúrgicos (Estatuto de Personal Facultativo y modificaciones posteriores en Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre - Artículo 24)**

---

- Auxiliar al jefe del equipo en los actos quirúrgicos y en las asistencias ambulatorias y sustituirlos, previa autorización del servicio sanitario, en caso de ausencia (licencias, vacaciones y causas excepcionales).
- Las funciones correspondientes a la calidad de su nombramiento, a los instrumentalistas.

### **A.2.7. Funciones de los Médicos Adjuntos (Actualmente este apartado correspondería a los médicos facultativos especialistas de área y a los antiguos médicos adjuntos) (Reglamento de Régimen Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias. Orden de 7 de julio de 1972, artículo 73)**

---

- Realizar o supervisar las Historias clínicas, efectuar las exploraciones y asistir responsablemente a los enfermos que le sean asignados por su Jefe de sección, Servicio o Departamento, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen.
- Participar en las actividades programadas del servicio, o en su caso, del departamento y en las de carácter obligatorio de la Institución.
- En las especialidades quirúrgicas la actuación quirúrgica que le sea señalada por el Jefe de Servicio.
- Formar parte de la actividad de las áreas de urgencias y consultas externas con la periodicidad que se señale por la Dirección, de acuerdo con el Reglamento de Régimen Interior.
- Colaborar en la actividad docente de las instituciones acreditadas en la medida que se señale, tanto en cuanto a los médicos residentes como a los alumnos de la licenciatura, si existieran las condiciones a que se refiere el artículo 14 y al personal sanitario auxiliar.
- Participar en los programas de investigación del servicio, bien directamente o en colaboración de acuerdo con la autorización expresa de la Comisión de Investigación para cada uno de ellos.
- Formar parte de las Comisiones Consultivas cuando así se señale en el reglamento de régimen interior.

### **A.2.8. Funciones de los médicos especialistas derivadas de las prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad (Real Decreto 63/1995, de 20 de enero)**

- Realización de exámenes y pruebas diagnósticos, incluido el examen neonatal, y la aplicación de tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente, independientemente de que su necesidad venga o no causada por el proceso o motivo de su admisión y hospitalización.
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas dirigidas a la mejora o conservación de la esperanza de vida, *autovalimiento* y eliminación del dolor y sufrimiento.
- Tratamiento de las posibles complicaciones que puedan presentarse durante el proceso asistencial.
- Rehabilitación
- Implantación de prótesis y su renovación
- Hemoterapia
- Diagnóstico y tratamiento de infertilidad
- Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo
- Diagnóstico por imagen: radiología general, ecografía, mamografía, tomografía axial computarizada, resonancia magnética, angiografía y gammagrafía, densitometría ósea, conforme a los programas de los servicios de salud
- Laboratorio: anatomía patológica, bioquímica, genética, hematología, inmunología, microbiología y parasitología
- Litotricia renal
- Planificación familiar
- Consejo genético en grupos de riesgo
- Vasectomías y ligaduras de trompas
- Interrupción voluntaria del embarazo (Ley 9/1985, de 5 de julio)
- Radiología intervencionista
- Radioterapia
- Trasplante de órganos, tejidos y células de origen humano (Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre)

#### **Prestaciones complementarias**

- Prescripción de prestaciones Ortoprotésicas: prótesis quirúrgicas fijas y su renovación (Orden 428/1996, de 18 de enero), prótesis permanentes o temporales (prótesis externas y su renovación), vehículos para inválidos (Decreto 195/1998,

de 13 de octubre, Resolución del 9 de noviembre y orden de 1 de julio de 2000, que regulan las prestaciones ortoprotésicas en Andalucía).

- Prescripción de prótesis dentarias y órtesis (que darán lugar a una ayuda económica en los casos y según los baremos que se establezcan en los catálogos correspondientes).
- Evaluación de la necesidad de transporte sanitario.
- Tratamientos dietoterápicos complejos: derivados de enfermedades del metabolismo de los hidratos de carbono, alteraciones del metabolismo de aminoácidos, alteraciones del ciclo de la urea (Orden 1185 de 30 de abril de 1997, listado de trastornos metabólicos congénitos, de hidratos de carbono y aminoácidos).
- Oxigenoterapia a domicilio.

### **A.2.9. Funciones de los Médicos de Urgencia Hospitalaria (Real Decreto 866/2001 de 20 de julio)**

---

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan a los servicios de urgencia del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.
- Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica así lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- Dar el alta al paciente desde el servicio de urgencia una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
- Informar al paciente y/o en su caso a los familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- Decidir y organizar en condiciones idóneas el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el servicio de urgencia a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente en los casos que corresponda.
- Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su actividad.

- La cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

#### **A.2.10. Funciones de los Médicos de Admisión y Documentación Clínica (Real Decreto 866/2001 de 20 de julio)**

---

- Organizar y gestionar operativamente:
  - 1. El acceso de los usuarios a las prestaciones de la asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizando en todo momento el principio de equidad.
  - 2. La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
  - 3. La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas y gestión de camas.
  - 4. La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.
  - 5. El registro de pacientes atendidos en urgencias.
- Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios para ellos.
- Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
- La creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad, fiabilidad así como la confidencialidad de la información.
- La colaboración con el área de gestión del hospital y la recogida de datos para la facturación.
- Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria.
- La gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustarán a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Establecer en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias



clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.

- Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la Comisión de historias clínicas.
- La codificación clínica: elaboración de índices, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y Sistema de Clasificación de Pacientes y desarrollo de medidas para garantizar su fiabilidad.
- Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico -asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).
- Desarrollar los sistemas de información de recuperación clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación.
- Participar en los programas de investigación, el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

### A.3. Funciones del Personal Facultativo derivadas de la Cartera de Servicios del SAS

Para la definición de las funciones según la cartera de servicios consideramos conveniente la revisión de algunos aspectos recogidos en el Plan Andaluz de Salud, que como instrumento director de la política sanitaria del Gobierno Andaluz para el período 1999-2003 se articula en torno a tres ejes fundamentales:

- 1. Mejorar la salud
- 2. Incrementar la solidaridad con los que más necesidades tienen
- 3. Mejorar los cuidados sanitarios que reciben los ciudadanos

Este Plan es el marco de referencia e instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. La elaboración del Plan Andaluz de Salud corresponde a la Consejería de Salud, que establecerá sus contenidos principales, metodología y plazo de su elaboración, así como los mecanismos de evaluación y revisión. Se estructura en análisis de la situación actual de salud en Andalucía (evolución de la población andaluza, mortalidad, morbilidad, factores determinantes de la salud, recursos disponibles) y propuestas de actuación. El vigente Plan Andaluz de Salud tiene 92 objetivos, 173 estrategias y 25 líneas de actuación intersectoriales.

Básicamente el Plan Andaluz de Salud contiene:

- 1. Conclusiones del análisis de los problemas de salud de la Comunidad Autónoma y de la situación de los recursos existentes.
- 2. Objetivos de salud, generales y por áreas de actuación.
- 3. Prioridades de intervención.
- 4. Definición de las estrategias y políticas de intervención.
- 5. Calendario general de actuación.
- 6. Los recursos necesarios para atender el cumplimiento de los objetivos propuestos y evaluación de los mismos.

Las propuestas de actuación que se recogen en el Plan Andaluz de Salud son las siguientes:

- Intervenciones ante la mortalidad y la reducción de la incidencia y prevalencia de las enfermedades infecciosas y del conjunto de patologías más prevalentes en Andalucía
  - Enfermedades infecciosas
  - Mortalidad general
  - Mortalidad por cáncer
  - Enfermedades cardiovasculares
  - Diabetes Mellitus
  - Procesos respiratorios crónicos
  - VIH-Sida
  - Salud mental
  - Atención a los problemas específicos de salud de las mujeres

- Solidaridad con las personas en riesgo
  - Salud en infancia y adolescencia

Intervenciones ante enfermedades: difteria, poliomielitis, tétanos neonatal, rubéola congénita, enfermedad invasiva por *Haemófilus Influenzae* tipo "b", enfermedades incluidas en el programa de Vacunaciones Sistemáticas, caries dentales.

Programas: seguimiento de la salud infantil, malos tratos y abuso sexual a menores, salud mental en niños y adolescentes.

- Salud de los jóvenes

Prioridades: anorexia y bulimia, accidentes de tráfico, SIDA, enfermedades transmisibles y derivadas del uso de drogas por vía parenteral, contenidos educativos sobre las situaciones de riesgo de los problemas de salud de los jóvenes.

- Salud de los mayores

Plan de atención integral al mayor 2ª y 3ª fase.

Incremento de la esperanza de vida libre de discapacidad.

Acceso de las personas mayores a las Unidades Periféricas y Dispositivos de Apoyo.

Protocolos de coordinación al alta hospitalaria entre hospital, Atención Primaria, servicios sociales y otras instituciones.

Mortalidad por gripe y tétanos.

- Los colectivos con necesidades especiales

Identificación de la población en situación de riesgo.

Introducción protocolizada de la estrategia de riesgo.

Atención a población inmigrante.

▪ La salud y el entorno

- Salud laboral
- Seguridad alimentaria
- Zoonosis
- Instrumentos en salud pública
- Salud en el medio ambiente
- Ciudades saludables.

▪ Instrumentos que apoyan la salud

- Promoción de salud
- Alimentación y nutrición
- Actividad física
- Fomento al apoyo social: formación del voluntariado en cuidados informales
- Reducción del consumo de tabaco y alcohol: consejo para dejar de fumar, abstención en el consumo de alcohol
- Sexualidad saludable: interrupción voluntaria del embarazo
- Fármacos
- Disminución del autoconsumo de fármacos y otras drogas
- Participación de los ciudadanos

- Sistemas y tecnologías de información sanitaria
- Formación: actividades de formación destinadas a mejorar la interrelación entre usuarios y profesionales y actividades de formación en salud pública
- Investigación: definición de una política de investigación, definición de la situación de I+D, creación de estructuras de apoyo a la investigación
- Orientación de los servicios sanitarios.

El Plan Andaluz de Salud, como instrumento director es una de las bases de trabajo a la hora de establecer los objetivos que anualmente comprometen acciones presupuestarias y que se fijan mediante los Contratos-programa que la Consejería de Salud establece con los proveedores de servicios (Servicio Andaluz de Salud, Empresas Públicas sanitarias, etc.)

### **A.3.1. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios del SAS en Atención Primaria**

---

La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge el conjunto de actividades científico, técnicas y administrativas que se realizan en el primer nivel de atención, estableciendo y unificando criterios de puesta en práctica, para que se consiga una producción enmarcada en los objetivos del Servicio Andaluz de Salud. Estos objetivos están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan Estratégico, Plan de Calidad y Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria.

La estructura de la cartera distingue entre Servicios de las Unidades Clínicas y Equipos Básicos de Atención Primaria, los de los Dispositivos de Apoyo, y los de Salud Pública.

La cartera de servicios de Atención Primaria se encuentra conformada por 68 servicios que comprenden desde la atención de primer nivel a situaciones de emergencia sanitaria hasta el seguimiento programado de procesos normales de salud para prevenir y detectar precozmente posibles enfermedades (seguimiento de embarazo, puerperio, salud infantil o salud escolar) incluyendo todas las actividades de diagnóstico, seguimiento y tratamiento propias de este nivel de atención. Además se realizan intervenciones dirigidas a prevenir activamente la aparición de enfermedades (vacunaciones infantiles, de escolares o de adultos) y promover la salud en colectivos con posibles riesgos (orientación sexual a jóvenes y adolescente, dispensación de metado-

na, educación para la salud en la escuela, etc.), aplicando estrategias de riesgo y nuevas tecnologías accesibles.

En la Ley de Salud de Andalucía se señala que las prestaciones sanitarias ofertadas por el Sistema Sanitario Público de esta Comunidad Autónoma serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el SNS. La inclusión de nuevas prestaciones en el SSPA, que superen las establecidas en el apartado anterior, será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, y llevará asociada la correspondiente financiación.

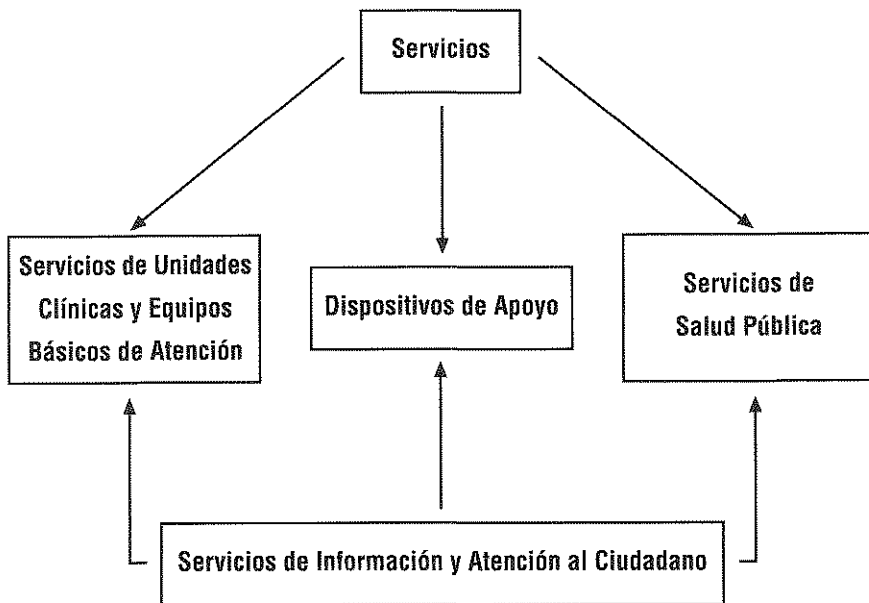
La Administración Sanitaria Pública de la Comunidad Autónoma, a través de los recursos y medios de que dispone el SSPA, desarrollarán las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

- La atención integral de la salud, garantizando la continuidad de la asistencia, que incluye las actividades de promoción de la salud, salud pública, prevención de las enfermedades, así como acciones curativas y rehabilitadoras, tanto en los niveles de Atención Primaria como de asistencia especializada, así como las actuaciones sanitarias que sean necesarias como apoyo en los dispositivos públicos de atención sociosanitaria.
- Atención a los problemas de salud mental, preferentemente en el ámbito de la comunidad, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención domiciliaria, realizándose las hospitalizaciones psiquiátricas, cuando se requiera, en unidades psiquiátricas hospitalarias.
- La prestación de los productos farmacéuticos, terapéuticos y diagnósticos necesarios para promover, conservar o restablecer la salud, con el alcance que se define en el artículo 4 de la presente ley.
- El control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles.
- La mejora y adecuación de las necesidades de formación del personal al servicio del sistema sanitario, así como la participación en las actividades de formación de pregrado y postgrado.
- El fomento y participación en las actividades de investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Como se decía anteriormente, la estructura de la cartera de servicios distingue entre:

- Servicios de las Unidades Clínicas y Equipos Básicos de Atención Primaria
- Servicios de los Dispositivos de Apoyo
- Servicios de Salud Pública

Figura 1. Estructura de la cartera de servicios



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 1999. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001

**Cuadro 4. Servicios de unidades clínicas y equipos básicos de atención**

<b>Asistencia sanitaria en consulta en el centro y en el domicilio</b>	Consulta médica Consulta pediátrica Servicios de enfermería
<b>Urgencias</b>	Urgencias en el centro Urgencias domiciliarias
<b>Asistencia sanitaria en el domicilio a problemas específicos</b>	Asistencia a inmobilizados Asistencia al alta hospitalaria Asistencia a enfermos terminales
<b>Seguimiento del embarazo</b>	Educación maternal Seguimiento del embarazo normal Asistencia puerperal
<b>Salud infantil</b>	Detección precoz de metabopatías Seguimiento de la salud infantil Vacunaciones infantiles Salud escolar
<b>Seguimiento de pacientes con procesos crónicos</b>	Seguimiento de pacientes con hipertensión arterial Seguimiento de pacientes con diabetes Seguimiento de pacientes con OCEA Seguimiento de pacientes seropositivos
<b>Salud bucodental</b>	Tratamiento de procesos agudos bucodentales Seguimiento de salud bucodental a embarazadas Sellado de fisuras a escolares entre 6 y 15 años Obturación a escolares entre 6 y 15 años
<b>Inmunizaciones del adulto</b>	Inmunización contra la gripe Inmunización contra el tétanos Inmunización contra la hepatitis B
<b>Cirugía menor</b>	Cirugía menor
<b>Planificación familiar</b>	Planificación familiar
<b>Detección precoz del cáncer de mama</b>	Detección precoz del cáncer de mama
<b>Fisioterapia</b>	Fisioterapia
<b>Salud mental</b>	Salud mental
<b>Atención y educación sexual a jóvenes</b>	Atención y educación sexual a jóvenes
<b>Seguimiento de procesos transmisibles</b>	Tuberculosis Enfermedades de Transmisión Sexual
<b>Salud pública</b>	Vigilancia epidemiológica Salud alimentaria Salud ambiental

A continuación, se describen en detalle algunos de estos servicios.

#### ■ A.3.1.1 ■ Consulta de medicina general

Atención sanitaria de medicina general que se presta a la población de 15 y más años, como norma general y opcionalmente a la población entre 7 y 14 años que haya optado por un médico general, en los Centros de Atención Primaria y fuera de ellos (en domicilio, residencias, escuelas).

Incluye:

- Consultas a demanda del usuario
- Consultas de programas o concertadas
- Consultas programadas de los médicos de familia
- Consultas clínicas y administrativas
- Atención domiciliaria
- Urgencias en horario de consulta

#### ■ A.3.1.2 ■ Consulta pediátrica

Atención sanitaria de pediatría que se presta, como norma general a la población menor de 7 años y opcionalmente a la población entre 7 y 14 años que hayan optado por un pediatra, en los Centros de Atención Primaria y fuera de ellos (en domicilio, residencias, escuelas).

Incluye:

- Consultas a demanda del usuario
- Consultas de programas o concertadas
- Consultas programadas de los pediatras
- Consultas clínicas y administrativas
- Atención domiciliaria
- Urgencias en horario de consulta

#### ■ A.3.1.3 ■ Servicio de enfermería

Atención sanitaria de enfermería que se presta a toda la población, en los Centros de Atención Primaria y fuera de ellos (en domicilio, residencias, escuelas).



Incluye:

- Inyectables
- Curas, suturas e inmovilizaciones
- Extracciones y toma de muestras para analíticas
- Pruebas complementarias (Mantoux, Gravindex, ECG, pruebas con tiras reactivas, etc.)
- Sondajes, espirometrías, lavados óticos y oculares, etc.
- Consultas en el centro derivadas de protocolos o programas de salud
- Urgencias en horario de consulta
- Avisos domiciliarios derivados de un tratamiento médico
- Visitas domiciliarias derivadas de protocolos o programas de salud

#### ■ A.3.1.4 ■ Urgencias en el centro

Atención sanitaria que se oferta por los profesionales médicos y de enfermería en los Dispositivos de Urgencias, en horario de atención continuada, por demanda urgente de los usuarios.

#### ■ A.3.1.5 ■ Urgencias en el domicilio

Atención sanitaria que se oferta por los profesionales médicos y de enfermería en el domicilio, por demanda urgente de los usuarios a los Dispositivos de Urgencias.

#### ■ A.3.1.6 ■ Educación maternal

Actividad educativa en grupo que se oferta a mujeres embarazadas y sus parejas, con el objetivo de mejorar la vivencia del embarazo, preparar para el momento del parto e iniciar en los cuidados del recién nacido.

Está dirigida a grupos de mujeres embarazadas -preferentemente, en su tercer trimestre de gestación- y sus parejas, si lo desean.

Se impartirán al menos tres sesiones educativas por mujer gestante.

#### ■ A.3.1.7 ■ Seguimiento del embarazo normal

Atención sanitaria que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas durante el periodo de gestación, de manera coordinada y protocolizada con Asistencia Especializada.

El seguimiento deberá incluir:

- Primera visita antes de la duodécima semana de gestación
- Evaluación del riesgo obstétrico en todas la visitas
- Al menos 5 controles prenatales
- Analítica de sangre: general, bioquímica y serología
- Test de O'Sullivan Curva de glucemia
- Analítica de orina: sedimento y cultivo
- Al menos 3 ecografías y 3 visitas de segundo nivel
- Cribaje de estreptococo del grupo B (ECB) en el tercer trimestre (35-37 semana de gestación)
- Educación maternal y plan de cuidados en cada visita
- Registro de las actividades de Seguimiento de Embarazo en la Historia de Atención Primaria y en el Documento de Salud de la Embarazada

#### ■ A.3.1.8 ■ Atención puerperal

Visita protocolizada que se realiza -en el Centro o en el domicilio- a la púérpera y al recién nacido, con objeto de valorar la situación de salud de ambos. La visita puerperal se realizará dentro de los 15 días inmediatamente posteriores al parto.

La visita deberá incluir:

- Exploración de la púérpera valoración de su estado de ánimo
- Exploración del recién nacido
- Promoción de la lactancia materna
- Educación sanitaria sobre los cuidados de la púérpera y del recién nacido
- Derivación a otros Servicios: Metabolopatías, Vacunaciones, Salud Infantil, Planificación Familiar

La visita se realizará, preferentemente, en el domicilio, priorizando las mujeres con puerperio de riesgo.

#### ■ A.3.1.9 ■ Detección precoz de metabolopatías

Cribaje sistemático para detección de errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo y fenilcetonuria), con objeto de prevenir enfermedades que son causa de subnormalidad.

Se realiza la toma de muestra sistemática a todos los recién nacidos. En Atención Primaria, esta toma se hace entre el quinto y el séptimo día de vida, preferentemente el quinto día. Si por cualquier circunstancia no se ha realizado la toma de muestra en la fecha recomendada, siempre se tomará aunque sea más tarde. La ficha y la muestra se enviarán inmediatamente por correo. En ningún caso se almacenarán o retendrán las muestras.

#### ■ A.3.1.10 ■ Vacunaciones infantiles

Immunización de la población infantil frente a determinadas enfermedades infecciosas -según el Calendario Vacunal vigente- con el objetivo de disminuir su incidencia y avanzar hacia la erradicación de algunas de ellas. Vacunaciones en situaciones epidemiológicas que se indiquen.

#### ■ A.3.1.11 ■ Seguimiento de la salud infantil

Servicio destinado a la población infantil y a sus padres o tutores, con el fin de controlar el adecuado desarrollo del niño/a sano/a y asegurar el seguimiento de pacientes con patología crónica.

Se incluyen los siguientes controles de salud en niños/as con edades comprendidas entre 0 y 4 años:

- Al menos, tres controles en el 1er año de vida
- Un control de salud entre los 15 y 18 meses
- Un control de salud a los 2 años
- Un control de salud a los 4 años
- Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles en cada control

#### ■ A.3.1.12 ■ Salud escolar

Conjunto de actividades dirigidas a mejorar la salud de la población escolarizada. Se desarrollan en el entorno escolar, y los objetivos son promover la adquisición de hábitos sanos y actitudes saludables en los alumnos y contribuir a la formación en educación para la salud de los profesores.

Las actividades se dirigen a niños y niñas de 6 a 14 años que se encuentren cursando:

- 1<sup>er</sup> curso de Enseñanza Primaria (EP)
- 5<sup>o</sup> curso de Enseñanza Primaria
- 6<sup>o</sup> curso de Enseñanza Primaria
- 2<sup>o</sup> curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO)

Estas actividades son:

- Examen de salud individual
- Revisión del Calendario Vacunal y vacunación
- Educación para la Salud en la Escuela -educación sexual, tabaco, alcohol, accidentes de tráfico, etc.

#### ■ A.3.1.13 ■ Planificación familiar

Atención sanitaria que se oferta a personas en edad fértil, con dos objetivos fundamentales: ofrecer los medios que permitan disfrutar de una sexualidad saludable; y ayudar a decidir en las mejores condiciones, el momento y el número de hijos que desean tener.

Se presta especial atención a mujeres que reúnen factores de riesgo, que son:

- Mujeres menores de 20 años
- Mujeres mayores de 40 años
- Familias con más de 4 hijos
- Mujeres con periodo intergenésico menor de dos años
- Mujeres con procesos patológicos que predispongan embarazos de riesgo
- Personas con enfermedades hereditarias
- Riesgo social (familiar, económico, cultural, etc.)

Las actividades que incluye el servicio son:

- Educación sexual
- Anticoncepción, incluida la píldora postcoital
- Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (especialmente sida)
- Información y derivación para estudio de Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix

#### ■ A.3.1.14 ■ Atención al alta hospitalaria

Continuidad de cuidados en el domicilio que se oferta por parte del médico general, pediatra y/o enfermera, a personas que tras cursar alta hospitalaria, el Hospital informa sobre las necesidades asistenciales de los mismos.

Este servicio está dirigido, fundamentalmente, a las altas postquirúrgicas, y en cualquier caso, a personas cuyas necesidades asistenciales deriven específicamente del motivo por el que ingresaron en un Centro hospitalario.

En él se incluye el contacto con el usuario o familiar, con la finalidad de conocer su situación y concertar una primera visita domiciliaria, con la siguiente sistemática:

- Preferentemente, se realizará un contacto telefónico antes de las 24 horas de estancia en el domicilio.
- Si este primer criterio no pudiera cumplirse (por ej. usuario sin teléfono), ni tampoco hubiera otra forma de contacto (por ej. información derivada de consultas, programas, etc.) antes de las 48 horas del alta, se le realizará una visita domiciliaria.

Tras el contacto con el usuario o familiar, se establecerá un plan de cuidados con visitas domiciliarias protocolizadas, según las necesidades de cada caso.

#### ■ A.3.1.15 ■ Atención a personas inmovilizadas

Atención sanitaria que se presta en el domicilio del usuario, dirigida a personas que, independientemente de la causa, se encuentran en las siguientes situaciones por un tiempo previsiblemente superior a dos meses:

- Personas que se ven obligados a pasar la mayor parte de su tiempo en cama y que sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas.
- Personas con una dificultad importante para desplazarse, que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales.

#### ■ A.3.1.16 ■ Atención a personas en situación terminal

Atención sanitaria a domicilio que se oferta a las personas con enfermedad avanzada, progresiva e incurable, multisintomática, sin posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses.

### ■ A.3.1.17 ■ Atención de ancianos en riesgo

Actuaciones específicas dirigidas, fundamentalmente, a ancianos que siendo atendidos en otros servicios: atención a la patología crónica, se consideran frágiles o en riesgo de serlo. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación y seguimiento.

Se considera anciano frágil (o en alto riesgo) aquella persona mayor que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional.
- Polimedicados.
- Deterioro mental: cognitivo y/o depresión.
- Incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y/o incapacidad para salir a la calle.
- Edad superior a 80 años.
- Aislamiento social y/o carencia de familia que lo atienda aunque cuente con otros apoyos.

### ■ A.3.1.18 ■ Atención de ancianos residentes en instituciones

Atención sanitaria en el Centro y en el domicilio / institución que presta el equipo de salud a los ancianos residentes en las instituciones de su zona, para su adecuado seguimiento.

Incluye:

- La valoración de la situación de los ancianos residentes en las instituciones de la zona.
- Oferta de atención en el Centro a los ancianos que puedan desplazarse y de atención domiciliaria a los ancianos inmovilizados.
- Especial atención a las inmunizaciones: gripe, tétanos y otras (antineumocócica).
- Seguimiento protocolizado, con pautas actualizadas de actuación y registro en la Historia de Atención Primaria, teniendo en cuenta la coordinación con el personal sanitario (sí lo hubiera) y con los cuidadores de la residencia.

### ■ A.3.1.19 ■ Atención de personas con Hipertensión Arterial

Seguimiento protocolizado que se le presta a toda persona a la que se le detecta una tensión arterial sistólica de 140 mmHg o más y una tensión arterial diastólica de 90 mmHg o más, mediante tres tomas separadas por un periodo mínimo de 1 semana.

En el Centro existirán protocolos clínicos con criterios de inclusión, plan de actuación y seguimiento y criterios de derivación, incluidas pautas de educación sanitaria.

Se realizará una valoración de las personas que, a pesar de estar tomando medicación antihipertensiva, cumple el criterio expuesto en la definición de hipertenso, así como una valoración protocolizada de seguimiento del proceso, con datos clínicos, de laboratorio y pauta actualizada de tratamiento.

El seguimiento analítico se realizará como mínimo, una vez al año, e incluirá:

- Pruebas de bioquímica: función renal (creatinina), glucosa, perfil lipídico
- Hemograma
- Identificación de otros factores de riesgo cardiovascular

#### ■ A.3.1.20 ■ Atención de personas con Diabetes

Seguimiento protocolizado que se le presta a toda persona cuyo proceso patológico pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción insulínica, en la acción de la insulina o ambos.

En el Centro existirán protocolos clínicos con criterios de inclusión, plan de actuación y seguimiento y criterios de derivación, incluyendo pautas de educación sanitaria.

Se realizará una valoración protocolizada del proceso: medición de peso, talla y tensión arterial, petición de, al menos, dos hemoglobinas glucosiladas y un control de lípidos al año, exploración de fondo de ojo y pies y evaluación de hábito tabáquico; realización de, al menos, tres visitas con contenido educativo diferente.

### ■ A.3.1.21 ■ Atención de personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica/obstrucción crónica al flujo aéreo

- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- OCFA: Obstrucción Crónica al Flujo Aéreo

Atención sanitaria en seguimiento protocolizado que se presta a toda persona cuyo proceso se caracteriza por una obstrucción al flujo aéreo, generalmente, progresiva y, a veces, algo reversible, debido a la existencia de una bronquitis crónica y/o un enfisema pulmonar.

En el Centro existirán protocolos clínicos con criterios de inclusión, plan de actuación y seguimiento y criterios de derivación, incluyendo pautas de educación y rehabilitación respiratoria.

Se realizará el diagnóstico de la enfermedad, sospechándose en personas con historia de tabaquismo, quienes presentan criterios de bronquitis crónica, infecciones respiratorias recurrentes y disnea progresiva. Es necesario demostrar un patrón espirométrico obstructivo para confirmar el diagnóstico.

El servicio también incluye la valoración protocolizada del proceso, con datos clínicos, de laboratorio y pauta actualizada de tratamiento, así como actividades de educación y rehabilitación respiratoria.

### ■ A.3.1.22 ■ Atención de personas seropositivas

Servicio que se oferta a la población con el objetivo principal de disminuir la incidencia de la infección por VIH, contribuir al seguimiento clínico y mejorar la calidad de vida de las personas infectadas por VIH.

Incluye:

- Identificación de personas en riesgo:
  - Usuarios de droga por vía parenteral
  - Promiscuidad sexual
  - Prostitución, usuarios de la misma y sus parejas
  - Hijos de madres seropositivas



### ■ A.3.1.26 ■ Atención a personas en tratamiento anticoagulante oral

Servicio que, de manera coordinada y protocolizada con el nivel asistencial especializado, se oferta para realizar el seguimiento de personas con tratamiento anticoagulante oral, tanto en el centro como en domicilio.

Se incluye:

- Toma de muestra
- Determinación del Tiempo de Protrombina mediante INR (*International Normalized Ratio*)
- Valoración y seguimiento del tratamiento
- Citación para los controles

Deberá existir en el Centro un protocolo, consensuado con el nivel especializado, que contenga: valoración del estado de salud y factores de riesgo, criterios de inclusión (para autocontrol supervisado o control tutelado), plan de actuación y seguimiento (indicación inicial y periodicidad de los controles de pacientes, tanto inestables, como estables), monitorización del paciente (determinación del Tiempo de Protrombina mediante INR: *International Normalized Ratio*), controles de calidad de la técnica, manejo de casos urgentes y criterios de derivación.

Se dará información individual en consulta y sesiones educativas de grupo.

### ■ A.3.1.27 ■ Inmunización contra la Gripe

Inmunización de la población frente a la Gripe, con el objetivo de disminuir su incidencia y gravedad en grupos de población en los que el padecimiento de esta enfermedad, supone un riesgo de agravamiento de su estado de salud.

Criterios de riesgo:

- Alto riesgo:
  - Niños y Adultos con alteraciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular
  - Residentes en instituciones cerradas con procesos crónicos
- Riesgo moderado:
  - Personas de 65 y más años
  - Niños y adultos con otras enfermedades crónicas

- Niños y adultos en tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico (riesgo de desarrollar un Síndrome de Reye)
- Grupos potencialmente transmisores:
  - Personal sanitario
  - Familiares y cuidadores en contacto con pacientes en riesgo
- Otros grupos:
  - Personal empleado en servicios públicos o especiales
  - Población general no incluida en los grupos de riesgo

#### ■ A.3.1.28 ■ Inmunización contra el Tétanos y la Difteria

Inmunización de la población frente al Tétanos y la Difteria, con los objetivos de disminuir la incidencia de Tétanos, enfermedad de elevada letalidad, y prevenir brotes de Difteria.

Criterios de riesgo:

- Dirigida especialmente, a personas con mayor riesgo de padecer Tétanos:
  - Personas mayores de 50 años que habitan en zonas rurales y/o personas que trabajan en el sector agrícola
  - Usuarios de drogas por vía parenteral
  - Personas con heridas o quemaduras que no estén previamente inmunizados
  - Embarazadas que no tengan historia vacunal completa en el segundo trimestre de gestación sólo Tétanos

Se administrará preferentemente, el preparado de vacuna antitetánica y antidiftérica, dada las bajas tasas de anticuerpos frente a la difteria en los adultos, excepto en embarazadas que se utilizará exclusivamente la vacuna antitetánica.

Pautas de vacunación completa: 3 dosis de vacuna antidiftérica o antitetánica. Primera dosis, al mes la segunda dosis y al año la tercera dosis (0-1-12).

#### ■ A.3.1.29 ■ Inmunización contra la Hepatitis B

Inmunización de la población frente a la Hepatitis B, con el objetivo de disminuir su incidencia. Dirigida especialmente, a grupos de población con mayor riesgo de padecer la infección.

Criterios de riesgo:

- Personal de servicios sanitarios
- Personal cuya actividad laboral conlleva un riesgo de contagio: funcionarios de prisiones, policías, barrenderos, bomberos, etc.
- Convivientes y contactos sexuales de portadores del Virus de la Hepatitis B
- Personas sometidas a hemodiálisis, receptores de transfusiones sanguíneas o hemoderivados y trasplantes
- Disminuidos psíquicos y personas que convivan y trabajen con ellos
- Personas con contactos sexuales múltiples
- Usuarios de drogas por vía parenteral
- Reclusos de larga estancia
- Otros internados en instituciones cerradas
- Personas que viajan a países de alta prevalencia
- Casos concretos donde concurren circunstancias específicas que lo aconsejen

Pautas de vacunación completa: 3 dosis. Primera dosis, al mes la segunda dosis y a los seis meses la tercera dosis (0-1-6).

### ■ A.3.1.30 ■ Cirugía menor

Atención sanitaria de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realizan en tejidos superficiales. Generalmente, precisan anestesia local y tienen escaso riesgo y complicaciones postquirúrgicas. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia.

Incluye los siguientes procesos:

- Abscesos (incluye forúnculos y panadizos): Incisión con drenaje de piel y tejido subcutáneo
- Desbridamiento de uña, base de uña o pliegue de uña
- Uñas encarnadas: Extracción de uña, lecho de uña o pliegue de uña
- Verrugas
- Otra extirpación local o destrucción de lesión o tejido de piel y tejido subcutáneo
- Quimiocirugía de piel Pelado químico de piel con nitrógeno líquido
- Abrasión dérmica Efectuada con láser
- Lipomas
- Desbridamiento de herida

- Cuerpo extraño de piel y subcutáneo: Incisión con extracción de cuerpo extraño de piel y tejido subcutáneo
- Infiltración: inyección de nervio periférico con fines analgésicos
- Inyección de sustancia terapéutica en articulación o ligamento
- Inyección de sustancia terapéutica en tendón
- Fibroma
- Papiloma
- Quiste sebáceo
- Nevus

#### ■ A.3.1.31 ■ Detección precoz del cáncer de mama

Estudios mamográficos que se ofertan cada dos años a las mujeres entre 50 y 65 años, con objeto de disminuir la mortalidad del cáncer de mama.

#### ■ A.3.1.32 ■ Atención al climaterio

Atención sanitaria que se oferta a mujeres que están fuera de la edad fértil con el objetivo de mejorar su calidad de vida con acciones de promoción de la salud, prevención y control de riesgos y actividades asistenciales, de manera coordinada y protocolizada con Asistencia Especializada.

Existirá en el centro un protocolo con criterios de inclusión, plan de actuación y seguimiento y criterios de derivación. Deberá ser consensuado con el nivel especializado teniendo en cuenta la posible demanda y los recursos existentes en el área.

Se dará información a las mujeres sobre los cambios del climaterio, y se fomentarán los hábitos saludables: dieta, ejercicio físico, etc.

Se valorará el estado de salud y los factores de riesgo:

- Valoración de síntomas relacionados con la deprivación hormonal
- Valoración de riesgos de osteoporosis
- Despistaje de cáncer de endometrio (metrorragias postmenopáusicas)

Se verificará a partir de los 50 años si ha sido citada para el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama.

Además de la información individual en consulta se pueden organizar grupos de promoción de la salud con mujeres para sesiones educativas en grupo.

### ■ A.3.1.33 ■ Atención a la Tuberculosis

Atención sanitaria que se oferta a toda persona con sospecha o diagnóstico de Tuberculosis. Su objetivo es reducir la morbilidad, mortalidad y evitar la transmisión de esta infección.

Incluye:

- Diagnóstico de Tuberculosis mediante Mantoux, radiología de tórax, baciloscopia y análisis de esputo
- Controles:
  - Clínico: control mensual de adhesión al tratamiento y educación sanitaria
  - Baciloscopia en el primer, segundo y cuarto mes
  - Radiología de tórax, al menos, al inicio y final del tratamiento
  - Estudio de contactos y convivientes: Anamnesis y factores de predisposición Mantoux, radiología y bacteriología si procede Administración de quimioprofilaxis
  - Localización activa de los pacientes que faltan a revisiones
  - Búsqueda activa de casos y tratamiento preventivo de colectivos en situación de riesgo (tasa de enfermos superiores a 100 por 100000 habitantes)
  - Tratamiento supervisado en aquellos pacientes en los que se identifiquen factores predictivos de abandono o de escasa adherencia al tratamiento Entre los factores predictivos destacan:
    - Inmigrantes
    - Reclusos y excarcelados
    - Indigentes
    - Pacientes que ya han abandonado un tratamiento antituberculoso con anterioridad
    - Infectados por VIH
    - Usuarios de drogas por vía intravenosa (UDVP) En estos casos se debe valorar la posibilidad de inclusión inmediata en el programa de mantenimiento con metadona
    - Alcohólicos

### ■ A.3.1.34 ■ Atención y educación sexual a jóvenes

Son un conjunto de servicios que se enmarcan en el programa de atención y educación sexual a jóvenes del *Plan Andalucía Joven*, dirigido a adolescentes, jóvenes y educadores.

Los objetivos son: potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad; ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos; y prevenir las enfermedades de transmisión sexual (entre ellas, la infección por VIH).

Incluye actividades dirigidas a jóvenes entre 15 y 24 años, con los siguientes criterios:

- Horario específico para jóvenes (preferentemente por la tarde)
- Atención a demanda, sin cita y sin solicitud de datos de afiliación al Centro
- Aportación gratuita de métodos anticonceptivos
- Prescripción de anticoncepción de emergencia
- Atención individual, en pareja o en grupo
- No solicitar datos de filiación y no cumplimentar Historia de Atención Primaria, salvo en casos que se prevea un seguimiento

#### ■ A.3.1.35 ■ Salud mental

Atención protocolizada en consulta que se oferta a personas con cualquier trastorno mental incluido en el sistema de 25 fichas de las Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria (OMS, CIE-10, cap. V) y otros problemas psicosociales no codificados, que se especifiquen en los protocolos del Centro.

#### ■ A.3.1.36 ■ Atención de personas en riesgo social

Actuaciones específicas dirigidas a personas que, siendo atendidas en los servicios sanitarios, presentan factores de riesgo social. Las actuaciones van encaminadas a su adecuada identificación, coordinación sociosanitaria y seguimiento.

Se consideran áreas de actuación preferente las siguientes:

- Anciano frágil o en riesgo de estarlo (según criterios de la Cartera)
- Personas con incapacidad o severa dependencia para realizar las actividades de la vida diaria y/o para salir a la calle (minusválidos, inmovilizados, terminales, etc.) y que presenten problemática social añadida
- Atención a niños que presentan una problemática sociosanitaria
- Actuaciones con mujeres en la que se sospecha que puedan ser víctimas de violencia doméstica
- Intervención sociosanitaria sobre los hábitos adictivos y sus efectos
- Atención a colectivos de inmigrantes y refugiados

- Actuaciones sobre problemas sociosanitarios que pueda presentar la comunidad gitana u otros colectivos

#### ■ A.3.1.37 ■ Tratamiento de procesos agudos bucodentales

Atención de procesos agudos odontológicos que se presta a la población general en los Centros de Atención Primaria.

Se entiende por proceso agudo, todo proceso infeccioso y/o inflamatorio que afecta al área orofacial, traumatismos óseodentarios y heridas en mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación temporomandibular (ATM).

Incluye:

- Exodoncias
- Exodoncias quirúrgicas
- Tratamiento de osteoflemones, pulpitis agudas, celulitis, etc.

#### ■ A.3.1.38 ■ Seguimiento de la salud bucodental de las embarazadas

Atención de odontología que se presta a toda gestante que precisa revisión bucodental preventiva. Se realiza por derivación del servicio de seguimiento del embarazo normal.

Incluye:

- Educación para la Salud Bucodental
- Cambios orales en la embarazada
- Higiene dental
- Medidas dietéticas
- Actitud ante la presencia de patología oral
- Exploración preventiva: diagnóstico del estado de Salud Bucodental en el primer trimestre de gestación
- Aplicación de las medidas terapéuticas pertinentes. Se valorará la realización de: exodoncias, trartrectomías, obturaciones, etc.
- Aplicación de gel de flúor APF o barniz de flúor y barniz o gel de clorhexidina

### ■ A.3.1.39 ■ Sellado de fisuras a escolares entre 6 y 15 años

Colocación de selladores de hoyos y fisuras en dentición permanente, priorizando el primer y segundo molar, incluyendo actividades de educación bucodental. Se hará en consulta programada previo despistaje de escolares con alto riesgo de caries y/o enfermedad periodontal, llevado a cabo mediante reconocimiento en la escuela. Se realiza a escolares entre 6 y 15 años que precisan de este servicio.

### ■ A.3.1.40 ■ Obturación a escolares entre 6 y 15 años

Obturación de dientes permanentes, priorizando el primer y segundo molar, incluyendo actividades de educación bucodental. Se hará en consulta programada previo despistaje de escolares con alto riesgo de caries y/o enfermedad periodontal, llevado a cabo mediante reconocimiento en la escuela. Se realiza a escolares entre 6 y 15 años que precisan de este servicio.

Excluye:

- Grandes reconstrucciones Oclusio Mesio Distales (OMD)
- Traumatismos dentarios
- Tratamientos pulpares

### ■ A.3.1.41 ■ Fisioterapia/Rehabilitación

Atención fisioterapéutica que se oferta a la población por indicación médica, en el Centro y en el domicilio, con objeto de prevenir o intervenir sobre patologías o incapacidades susceptibles de tratamiento fisioterapéutico. La aplicación de los tratamientos fisioterápicos se realizará a los pacientes remitidos por el médico rehabilitador, siendo un servicio integrado funcionalmente en el área del Servicio de Rehabilitación que le corresponda. Mediante actuación protocolizada también se puede hacer la remisión desde Atención Primaria.

Incluye:

- Tratamiento fisioterápico individual
- Tratamiento fisioterápico en grupo con pacientes con patología común, según valoración clínica, características y circunstancias personales
- Cooperación en los servicios de salud escolar, la salud laboral y tratamiento integral de las personas mayores



- Escuela de espalda (dirigida, fundamentalmente, a trabajadores y amas de casa)
- Asistencia domiciliaria, si se considera necesario por circunstancias clínicas o sociales

#### ■ A.3.1.42 ■ Atención sanitaria en los Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual

Atención sanitaria que se oferta a toda persona con sospecha de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Son enfermedades que se transmiten por contacto sexual y son causadas por agentes infecciosos tanto bacterianos como víricos. Los Distritos de Atención Primaria que cuentan con Centros de ETS son: Algeciras-La Línea, Málaga, Granada y Sevilla.

Incluye:

- Control y seguimiento del paciente
- Control y tratamiento de contactos
- Educación sanitaria

#### ■ A.3.1.43 ■ Vigilancia epidemiológica

Conjunto de actividades y programas encaminados al control y seguimiento de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). En especial, a las Alertas en Salud Pública -a través del Sistema de Alerta en Salud Pública- que permite la detección, notificación e investigación de riesgos y problemas de salud que requieren una respuesta inmediata.

### **A.3.2. Funciones derivadas de la Cartera de Procedimientos Diagnósticos**

---

Las funciones a realizar se desprenden de la cartera de servicios del SAS y de lo señalado en las guías de formación MIR para cada especialidad. A continuación se enumera la provisión de servicios de la cartera de procedimientos diagnósticos.

Durante el año 2000, además de actualizar la información referente a las unidades relativas de valor de los servicios definidos, se han incorporado los de las áreas de Radioterapia y de Radiofísica, también con sus unidades correspondientes.

**Cuadro 5. Cartera de procedimientos diagnósticos**

Anatomía patológica	Microbiología
Bioquímica	Neurofisiología
Genética	Radiología
Hematología	Radioterapia
Inmunología	Radiofísica
Medicina nuclear	

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2000. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001

### A.3.3. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios en Atención Especializada

Las funciones a realizar se desprenden de la cartera de servicios del SAS y de lo señalado en las guías de formación MIR para cada especialidad. A continuación se enumera la provisión de servicios de dicha cartera, organizada en las siguientes áreas:

#### ■ A.3.3.1 ■ Área Médica

- Alergología
- Aparato digestivo
- Cardiología
- Endocrinología y nutrición
- Hematología y hemoterapia
- Medicina interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología médica
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología

Unidades de:

- Coronarias
- Electrofisiología cardiaca
- Rehabilitación cardiaca

- Hipertensión
- Arritmias
- Hemodinámica
- Hepatología
- Hemodiálisis y diálisis domiciliaria
- Diabetes
- Exploraciones funcionales
- Estudio del sueño
- Hospital de Día Médico (Hematológico, Oncológico e Infecciosos)
- Neonatología
- Salud mental infantil
- Hospitalización domiciliaria
- Desintoxicación
- Otras

#### ■ A.3.3.2 ■ Área Quirúrgica

- Angiología y cirugía vascular
- Cirugía cardiovascular y cardíaca
- Cirugía general y del aparato digestivo
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica y reparadora
- Cirugía torácica
- Dermatología médico-quirúrgica
- Neurocirugía
- Obstetricia y ginecología
- Oftalmología
- O.R.L.
- Traumatología y cirugía ortopédica
- Urología

Unidades de:

- Quemados
- Patología mamaria
- Radiocirugía
- Esterotorácica

- Cirugía experimental
- Reproducción humana
- Planificación familiar
- Vitrectomía
- Fisiopatología fetal
- Laparoscopia
- Odontostomatología
- Andrología
- Implantes cocleares
- Litotricia
- Otras

#### ■ A.3.3.3 ■ Área de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento

- Análisis clínicos
- Anatomía patológica
- Bioquímica clínica
- Inmunología
- Microbiología y parasitología
- Anestesiología y reanimación
- Cuidados críticos y urgencias
- Farmacología clínica
- Farmacia hospitalaria
- Protección radiológica
- Medicina nuclear
- Medicina preventiva y salud pública
- Neurofisiología clínica
- Oncología radioterápica
- Rehabilitación

Unidades de:

- Logopedia
- Parapléjicos
- Genética
- Salud laboral
- Documentación clínica
- Tratamiento del dolor

- Metabolopatías
- Laboratorios RIA
- Cuidados intensivos pediátricos
- Otras

#### **A.3.4. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios de los Centros de Transfusión Sanguínea**

---

- Preparación, estudio, conservación y distribución de distintos tejidos
- Promoción de donación
- Recogida de sangre (donaciones)
- Preparación de derivados sanguíneos
- Estudios analíticos
- Conservación y distribución de la sangre y sus componentes
- Distribución de derivados del plasma
- Preparación de reactivos

#### **A.3.5. Funciones derivadas de la Cartera de Servicios de Atención al Usuario**

---

- Información
- Gestión de cobertura sanitaria y TASS
- Gestión de libre elección (médico, especialista y hospital)
- Reclamaciones y sugerencias
- Cita previa y gestión de demoras
- Gestión de prestaciones (ortopedia, transporte, oxigenoterapia, IVE)
- Gestión de medicamentos extranjeros y visados
- Gestión de procedimientos de salud pública

#### **A.3.6. Funciones derivadas de los Convenios para la Provisión de Servicios Sanitarios**

---

Para el desarrollo de sus funciones, el SAS cuenta con convenios de colaboración y cooperación de numerosos organismos e instituciones, entre las que destacan aquellos que tienen como objetivo la prestación sanitaria, el intercambio de actuaciones para alcanzar los objetivos de equidad y cobertura universal del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

- Con la Asociación Española Contra el Cáncer para el desarrollo del programa de detección precoz del cáncer de mama
- Con la Asociación Española Contra el Cáncer para la provisión de cuidados paliativos a enfermos de cáncer.
- Con la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias para la coordinación de los servicios asistenciales y la formación de profesionales
- Con las Empresas Públicas Costa del Sol y Poniente para la provisión de servicios asistenciales especializados.
- Con MUFACE, ISFAS, MUGEJU para la provisión de servicios sanitarios por parte del SAS a los beneficiarios que residan en zonas rurales.
- Con el Ministerio de Defensa para compartir determinados recursos sanitarios entre ambas administraciones según criterios que se establecen en el convenio.
- Convenio con el Ministerio de Justicia, para la prestación de asistencia sanitaria a la población interna en Instituciones Penitenciarias de Andalucía.
- Con MUFACE, para la evaluación y el seguimiento de los tratamientos con Hormona del crecimiento de la población asistida por MUFACE en el territorio de la CCAA, por parte del Comité Asesor en Crecimiento del SAS.
- Con la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) para la provisión de servicios sociosanitarios que posibiliten la integración social y laboral de los enfermos mentales crónicos.

### **A.3.7. Funciones derivadas del Fondo de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria**

En 1999 (Resolución 22/1999 de 5 de abril) se creó el Fondo de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria con el propósito de establecer pautas de comportamiento del SAS para dar respuesta ordenada, sistemática y coherente a las demandas e iniciativas de cooperación humanitaria al desarrollo que se planteen. Trabaja principalmente en cinco áreas: material inventariable, tecnología, mobiliario y enseres; material fungible, medicamentos y otros; personal; asistencia sanitaria humanitaria; y acuerdos, convenios, hermanamientos y compromisos en Cooperación Internacional para el Desarrollo y Ayuda Humanitaria.

Las actividades realizadas durante 2000 por el Fondo de Cooperación al Desarrollo y Ayuda Humanitaria del Servicio Andaluz de Salud, pueden resumirse de la siguiente manera:

- Actividades de desarrollo organizativo:
  - Circular 3/2000, de 8 de febrero, de creación de la Comisión Asesora del Fondo de Cooperación.
  - Definición de la Base de Datos por áreas de trabajo del Fondo.
  - Elaboración de la propuesta de Resolución de Depósito-Comodato para la cesión de Bienes inventariables a entidades privadas no lucrativas.
  
- Transferencia de materiales:
  - Transferencia de medicamentos procedentes de muestras a la Asociación de Amistad con el Pueblo Saharaí con destino a los campamentos de refugiados saharauís de Tinduf (Argelia) a través de la Caravana por la Paz 2000.
  - Envío de una partida de materiales hospitalarios excedentes del Hospital Reina Sofía de Córdoba, para el Hospital William Soler de la Habana, en el marco del Acuerdo de Cooperación suscrito entre los dos hospitales.
  - Envío de 25 botiquines de mano con medicamentos y material de curas básicos, como obsequio para la recepción del Consejero de la Presidencia en La Habana (Cuba).
  - Disposición de una partida de medicamentos esenciales procedentes de los hospitales Virgen Macarena, Virgen del Rocío (Sevilla) y Virgen de las Nieves (Granada), solicitados por el Delegado Provincial de Agricultura de Sevilla para una visita de programación del Consejero de Agricultura con una delegación de empresarios andaluces a la región de Pinar del Río (Cuba).
  - Distribución de materiales y mobiliario obsoleto del antiguo hospital de Antequera en Depósito-Comodato a diversas asociaciones de carácter benéfico de la comarca.
  - Envío de un TAC del Hospital Infanta Elena de Huelva a Cuba, a través de UGT-Transportes y el Representante del Poder Popular de la Habana en Andalucía.
  
- Profesionales: 5 inscripciones de profesionales disponibles para proyectos, 32 profesionales con 2.106 días de permiso retribuido y 8 profesionales con 1.020 días de permiso no retribuido, para actividades de cooperación internacional.

Merece la pena destacar la participación de nuestros dispositivos en la formación de profesionales de otros países. Concretamente durante 2000 rotaron por los equipos de salud mental un grupo de psicólogos y trabajadoras sociales argentinas procedentes

de varios hospitales de Buenos Aires. Participaron los Equipos de Salud Mental Guadalquivir, Camas y Macarena Norte, Comunidad Terapéutica Macarena y Unidad de Rehabilitación de Área Rocío. Asimismo prestaron su apoyo las Áreas de Salud Mental de Cádiz, Jerez y Málaga I (Hospital Carlos Haya).

- Asistencia sanitaria:
  - 53.968 asistencias sanitarias a inmigrantes en los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, destacando la provincia de Almería, con 38.087 asistencias, seguida por Granada, con 6.720 y Cádiz, con 2.204.
  - Niños en acogida temporal: 5062 niños y 132 monitorés atendidos (Junio-Septiembre 2000).

### **A.3.8. Funciones derivadas de algunos Planes desarrollados actualmente**

---

Existen algunos planes concretos desarrollados actualmente en Andalucía y que pueden ser de utilidad para definir las funciones de profesionales cuya labor se vea directamente relacionada.

Nos referimos a:

- Plan Andaluz de Urgencias
- Programa De Salud Mental
- Plan Integral de Oncología de Andalucía
- Salud ambiental
- Salud alimentaria

Estos documentos se pueden encontrar en su versión completa en la página *web* de la Consejería de Salud (<http://www.csahud.junta-andalucia.es/principal>).



## A.4. Funciones del Personal Facultativo derivadas del Plan de Calidad y Eficiencia

Otro gran marco en la orientación del SSPA es la calidad aplicada a los servicios de salud. Sobre esta base, se propone un Plan de Calidad que servirá de guía a todos los profesionales integrados en el sistema.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía establece que el ciudadano es el Centro del Sistema Sanitario Público. Por lo tanto, sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción se convierten en los objetivos fundamentales de toda la política sanitaria andaluza.

La Consejería de Salud hace una apuesta clara por la calidad de la atención sanitaria, entendiéndola como un concepto integral donde intervienen múltiples dimensiones, siendo la satisfacción de los ciudadanos el elemento irrenunciable que define el enfoque de la calidad que se persigue. Así, la creación de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia y la Dirección General de Organización de Procesos y Formación, representa la respuesta organizativa de una política explícita de calidad para los servicios sanitarios públicos en Andalucía.

Es responsabilidad de la Consejería de Salud establecer el Marco Político Estratégico en materia de Calidad y Eficiencia que a través de sus respectivos contratos-programas condicione a todos los proveedores sanitarios públicos o concertados en su prestación de servicios.

La Secretaría General de Calidad y Eficiencia se posiciona como una estructura horizontal, que, afectando a todas las organizaciones, tiene como responsabilidad la definición del Marco de Referencia en materia de Calidad y el seguimiento de su implantación por todos y cada uno de los proveedores de salud. Dicho Marco establece como elemento nuclear del sistema sanitario: el proceso asistencial. Constituyéndose la Continuidad Asistencial en el criterio clave y determinante que inspira organización, funcionalidad, formas de trabajo, formación de profesionales, etc. En el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, actuando en tiempos distintos con un objetivo de resultado final común: el ciudadano.

Este enfoque de calidad impulsará cambios profundos en el SSPA, dando una prestación más eficaz y eficiente (disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y ubicando los recursos donde mayor resultado generen y supongan menor coste), moderna y con capacidad

de adaptación ágil a las tendencias de futuro, que genere más satisfacción actuando sobre los tiempos de atención, la accesibilidad a los servicios, etc., en resumen, promoviendo una atención sanitaria más personalizada y más adaptada a las necesidades del ciudadano.

El desarrollo del Marco Estratégico se hace a través de las siguientes líneas:

- Línea de Calidad y Procesos Asistenciales
- Línea de Desarrollo de Profesionales
- Línea de Evaluación
- Línea de Investigación
- Línea de Sistemas y Tecnologías de la Información
- Línea de Comunicación
- Línea de Financiación

De ellas, consideramos que las líneas estratégicas más relacionadas con las funciones de los facultativos son las siguientes:

#### A.4.1. Línea estratégica de calidad

---

El Proceso Asistencial se convierte en el elemento nuclear sobre el que se van a planear los cambios en los diferentes proveedores de servicios, desarrollando líneas de trabajo que permitan un enfoque de Gestión de Procesos Asistenciales.

**Objetivo 1:** Desarrollar una visión estratégica del modelo de atención sanitaria basada en la estructura por Procesos Asistenciales, desde la perspectiva de la Continuidad Asistencial, como elemento que garantiza la Calidad Integral de los mismos.

- Acciones: Definición del Mapa de Procesos Asistenciales. Priorización de los 20 procesos asistenciales más relevantes. Diseño de protocolos asistenciales y/o aplicación de guías de prácticas clínicas si existieran. Definición de Normas Básicas de Calidad y estándares de los procesos seleccionados. Pilotaje de experiencias de gestión integral de procesos asistenciales seleccionados.

**Objetivo 2:** Introducir en la cultura de los Centros Asistenciales, la necesidad de incorporar mecanismos de Acreditación de los procesos, Centros y Servicios y de los equipamientos y estructuras como elemento dinamizador y motivador de las organizaciones sanitarias (podría plantearse en el marco de una Agencia de Certificación Andaluza).

- Acciones: Análisis de Modelos de Acreditación de Centros y/o servicios sanitarios. Negociación con Agencias externas de Acreditación para desarrollar un proceso de acreditación de centros y/o servicios. Selección de centros y servicios que inician acreditación.

**Objetivo 3:** Introducir en los Contratos Programas, Conciertos y Convenios de la Consejería de Salud con los diferentes proveedores públicos y/o privados, criterios de calidad para los procesos asistenciales desde una visión multidimensional que contemple elementos de continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas.

- Acciones: Incorporar a los Contratos-Programas objetivos sobre un mínimo de diez procesos seleccionados. Definir criterios mínimos de calidad para centros concertados, y para autorización de centros privados.

**Objetivo 4:** Impulsar el desarrollo de estructuras estables de calidad en todas las organizaciones de provisión de servicios, que sirvan de soporte a las actividades de mejora continua y a la consolidación de una cultura de calidad en los centros asistenciales.

- Acciones: Creación de grupos de mejora con enfoque internivel para el desarrollo de proyectos de gestión de procesos. Creación de una Comisión Central de Calidad.

#### A.4.2. Línea de evaluación

Entendemos por “Evaluación de Tecnologías” la forma de investigación que examina las consecuencias técnicas, sociales, económicas, éticas y legales derivadas del uso de la tecnología. Incluirá los medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizativos con los que se presta la atención. Los tres componentes más importantes son los resultados, los costes y la equidad.

##### Objetivos:

- 1. Definición de un Sistema de Evaluación y de los Indicadores a aplicar para cada uno de los Procesos Asistenciales.
- 2. Establecimiento del Cuadro de Mando Integral de Gestión, en el ámbito de la Consejería de Salud, de proveedores sanitarios y del ciudadano.
- 3. Desarrollo de los estudios prospectivos necesarios para la asesoría en la Planificación Estratégica del SSPA. En tres aspectos fundamentales: Impactos producidos por el desarrollo de las nuevas tecnologías, evolución de las demandas del ciudadano y cambios en las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

**Plan de trabajo:** La principal estructura formal de soporte de esta línea será la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. El Ciudadano tendrá presencia constante irrenunciable en grupos de trabajo, participando a través de encuestas y en grupos focales.

### **A.4.3. Línea de sistemas de información y tecnologías de la información**

El Plan maestro de la estrategia digital de la Consejería de Salud, para los años 2000-2004, contempla las doce actuaciones siguientes:

- Historia de Salud Informatizada. Permitirá la transferencia de conocimiento en cualquier lugar del sistema sanitario. En Atención Primaria está en fase de implantación universal en la Comunidad Autónoma.
- Centro de Información y Servicios al Ciudadano (CEIS). Que permita ofrecer la mejor información y los mejores servicios al cliente/usuario todos los días del año durante las veinticuatro horas.
- Entrada en funcionamiento de la Intranet corporativa. Con el fin de homogeneizar los Sistemas de Información, asegurar la integridad, privacidad y confidencialidad de los datos, facilitar los procesos de la toma de decisiones y reducir los costes de gestión asociados a la burocracia interna.
- Implantación de la Red Corporativa de Telecomunicaciones.
- Centro de Gestión de Sistemas y Tecnologías (CEGES). Para ofrecer cobertura y soporte, durante las veinticuatro horas de todos los días del año, a los profesionales sanitarios y de la administración.
- Servidores corporativos.
- Soporte técnico digital y de telecomunicaciones a proyectos corporativos.
- Desarrollo e implantación del Sistema Digital de Información Estratégica.
- Páginas *web* corporativas y Portal de Salud.
- Programa de Gerencia de Riesgos Digitales. Para garantizar la seguridad y confidencialidad en las transmisiones y transacciones internas y externas de información y documentos.
- Plan de Sistema de Aprovisionamiento, almacenaje/consolidación y distribución en Centros Sanitarios.
- Proyectos de Telemedicina y Tecnología virtual.

## A.5. Implicaciones de las funciones en el ámbito docente e investigador

### A.5.1. Funciones docentes\*

La docencia impartida por el profesional sanitario puede clasificarse en distintos niveles:

- Docencia médica de pregrado
- Docencia médica de postgrado
- Formación continuada
- Actividades externas

#### ■ A.5.1.1 ■ Normativa

- Ley 2/1998, de Salud de Andalucía.
- Ley 53/1984 de 26 de diciembre, sobre incompatibilidades del personal de la Administración. Modificada por la Ley 13/1996 de 30 de diciembre y por la Ley 31/1991 de 30 de diciembre.
- Real Decreto 598/1985 de 30 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Incompatibilidades.
- Real Decreto 1558/1986 de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Modificado por Real Decreto 1652/1991 de 11 de octubre.
- Resolución 20/93 de 10 de agosto de la Dirección General de Gestión de Recursos. Régimen de asistencia a actividades externas de formación y perfeccionamiento profesional del personal del Servicio Andaluz de Salud.
- Resolución 21/93 de 10 de agosto de la Dirección General de Gestión de Recursos. Organización de actividades internas de formación en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud.
- Orden de 1 de septiembre de 1993, por la que se regula el programa de formación en centros de trabajo para alumnos de Formación Profesional y Enseñanzas de Artes Plásticas y Diseño.
- Acuerdo de 3 de octubre de 1995, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la suscripción de un Convenio-Marco entre las Consejerías de Salud y Educa-

\* Esta sección del capítulo ha sido elaborada a partir de materiales docentes de José Pérez Rendón. Distrito Sanitario Agrupación Jerez-Sanlúcar.

ción y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la investigación y la docencia.

- Proyecto de Acuerdo Específico por el que la Consejería de Salud y Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, conforme a la estipulación novena del Convenio Marco firmado por ambas Consejerías el 4 de marzo de 1997, colaborarán en la realización del Programa de Formación en Centros de Trabajo para los alumnos y alumnas de Ciclos Formativos de Formación Profesional Específica de la Familia de Sanidad. 18/3/1998.
- Orden Ministerial de 19 de diciembre de 1983, que regula las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### ■ A.5.1.2 ■ Actividades de formación y docencia

La ley de Salud de Andalucía estipula que la estructura asistencial del SSPA será utilizada para la docencia pregraduada y posgraduada, así como para la formación continuada de los profesionales sanitarios. Los programas de docencia e investigación de los centros universitarios o con función universitaria serán coordinados entre las Universidades y las Administraciones Públicas de Andalucía. Según esta normativa, la estructura asistencial del SSPA debe reunir los requisitos que permitan su utilización para la docencia pregraduada y posgraduada, y podrá ser utilizada para la formación continuada de los profesionales sanitarios. El Gobierno de la Junta de Andalucía es el encargado de velar por la mejor adecuación de la formación de los profesionales a las necesidades del SSPA.

Los programas de docencia e investigación de los centros universitarios, o con función universitaria, se coordinan entre las Universidades y las Administraciones Públicas de Andalucía, de acuerdo con sus respectivas competencias, estableciéndose en los correspondientes conciertos el sistema de participación interinstitucional en los órganos de gobierno respectivos. De esta forma, a través de convenios específicos, la Consejería de Educación y Ciencia, la Consejería de Salud, las Universidades y el SAS establecen la utilización de los medios materiales y humanos de las instituciones sanitarias para la formación pregrado y postgrado de profesionales en el ámbito de la salud.

La formación profesional de personal sanitario técnico también se desarrolla en el marco de los convenios de colaboración entre la Consejería de Educación y Ciencia y la Consejería de Salud. Es así como los técnicos en imagen para el diagnóstico, laboratorio clínico, dietética y cuidados auxiliares de enfermería reciben formación al interior de las instituciones sanitarias.

La formación continuada está regulada por la Resolución 21/93 de 10 de agosto de la Dirección general de Gestión de Recursos. Esta normativa establece la capacidad de organización de actividades de formación al interior de las instituciones adscritas al SAS como son las Direcciones Generales, las Gerencias provinciales, gerencias de Hospitales, Direcciones de Distritos de Atención primaria, Direcciones de Centros Regionales de Transfusión Sanguínea y Direcciones de Centros de Comunicaciones Sanitarias. En los proyectos de formación continuada se consideran todos los estamentos profesionales y se establecen en coherencia con las políticas de la Dirección General del SAS.

Existen dos tipos de actividades de formación interna:

- Actividades de formación especializada, promoción o extensión profesional, de participación voluntaria, convocatoria pública y resolución de selección regulada por la Ley de Procedimiento Administrativo.
- Actividades de reciclaje, actualización, iniciación o perfeccionamiento en el puesto de trabajo, de participación obligatoria y designación a cargo del órgano competente. No hay convocatoria pública ni proceso de selección para este tipo de actividades ya que se trata de formación para el aseguramiento de conocimientos y habilidades en el puesto de trabajo.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria es el órgano encargado de la gestión de los programas y actividades de formación continua y actualización técnica del personal, según el Decreto 245/2000 de 31 de mayo, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud.

Otro órgano de la financiación de actividades de formación continuada es el Ministerio de las Administraciones Públicas (MAP). La Comisión de Formación Continua de Andalucía se encarga de aprobar el Plan de Formación correspondiente a la Administración Sanitaria. Posteriormente este plan es ratificado por la Comisión General de Formación Continua del MAP. Para participar como centro en este tipo de actividades, se debe contar con una Subcomisión de Formación Continua formada por los responsables de formación del centro y un representante de las Organizaciones Sindicales que firman el acuerdo.

Por otra parte, las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria constituidas con arreglo a lo establecido en la Orden Ministerial de 19 de diciembre de 1983, quedaron configuradas como Centros de Salud.

Según esta legislación, al frente de estas Unidades Docentes figurará un Jefe de Estudios al que corresponderán las funciones que la Orden Ministerial de 19 de diciembre de 1983, encomienda al Coordinador de la Unidad Docente, en el sentido de ordenar y gestionar todos los aspectos relacionados con la actuación docente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Quedarán subordinados al Jefe de Estudios a los efectos previstos en el apartado anterior, los Directores de los Centros de Salud existentes en la provincia. Los Centros de Salud acreditados para la docencia que no estén constituidos como Unidades Docentes, dependerán en el campo de la enseñanza y la investigación, del Jefe de Estudios.

Las Unidades Docentes además de participar activamente en la ejecución de los programas de formación continuada del personal de Atención Primaria de Salud en su ámbito de actuación, colaborarán en la formación de pregraduados Médicos, Farmacéuticos, Veterinarios, Enfermería y otros profesionales.

Las actividades externas, por su parte, están reguladas por la Resolución 20/93 de 10 de agosto de la Dirección general de Gestión de Recursos. Para la asistencia, se requiere la autorización del órgano competente: Director Gerente, Director Gerente de Personal y Servicios, Director gerente de Gestión Económica, Director General de Asistencia Sanitaria, Gerentes provinciales, Gerentes de Hospitales, Directores de Distritos de Atención Primaria, Directores de Centros Regionales de Transfusión Sanguínea y Directores de Centros de Comunicaciones Sanitarias, según le corresponda al solicitante de esta formación.

En todas y cada una de estas actividades puede participar el profesional sanitario como docente. Las limitaciones se ven impuestas por el régimen de incompatibilidades. Las actividades consideradas exentas de la concesión de compatibilidad están:

- Dirección de seminarios, cursos o conferencias que se celebren en centros oficiales de formación de funcionarios que no tengan carácter permanente o habitual y que no superen las 75 horas anuales.
- Actividades de preparación para el acceso a la función pública con una dedicación inferior a 75 horas anuales y no implique el incumplimiento del horario de trabajo.
- Colaboración y asistencia ocasional a congresos, seminarios, conferencias o cursos de carácter profesional, que no supere las 75 horas anuales y no suponga la percepción de un importe superior al 25% de las retribuciones íntegras del puesto principal.



## A.5.2. Funciones investigadoras

Según los documentos que enmarcan la investigación en la Comunidad Autónoma, el profesional sanitario debe participar activamente en el desarrollo de la investigación, siguiendo las líneas propuestas en el Programa Marco, poniendo especial énfasis en la evaluación de la investigación, la calidad en el proceso investigador, la difusión de los resultados y potenciando su utilidad en la asistencia sanitaria. Los profesionales sanitarios pueden participar en el diseño y desarrollo de investigación en distintos tipos de estudio (ensayos clínicos y estudios epidemiológicos) y difundir sus resultados mediante la publicación de artículos originales, ponencias, comunicaciones orales y póster y comunicaciones o cursos al interior de la propia organización.

### ■ A.5.2.1 ■ Línea Estratégica de Investigación en el Plan de Calidad y Eficiencia

El marco de la investigación en Andalucía se establece en diversos documentos, entre ellos, la Línea Estratégica de Investigación en el Plan de Calidad y Eficiencia.

La implantación del Programa de Investigación para la Mejora de la salud de los ciudadanos/as de Andalucía se basa en la Ley General de Sanidad, el Plan Andaluz de Salud, y en las líneas de la Consejería de Salud y de la Secretaría General de Calidad y Eficiencia. A partir de estos elementos, se creó un Programa Integral que definiera las líneas de investigación prioritarias en Andalucía, desarrollara las estructuras necesarias, dotara de los recursos y proporcionara el apoyo necesario para conseguir que los resultados de las investigaciones tuvieran una repercusión directa en la calidad de los servicios sanitarios y por tanto en la salud de los andaluces.

El funcionamiento de este programa se establece a través de unas áreas científico-tecnológicas, como son: la genómica, el estudio de enfermedades humanas, investigación farmacéutica, investigación clínica, fisiopatológica y terapéutica, investigación epidemiológica, con énfasis en los factores de riesgo y en las enfermedades prevalentes, investigación en promoción de salud y salud pública, investigación en gestión de servicios de salud y en gestión clínica, entre otras.

De esta forma, la línea estratégica de investigación del Plan de Calidad establece los siguientes objetivos:

- 1. Dotar al Programa de Investigación para la Mejora de la Salud de los ciudadanos/as de Andalucía de las Líneas Marco de Investigación del SSPA. Adecua-

damente financiadas, potenciando la investigación en campos como el estudio del Genoma, en salud pública, en tecnologías de la información, en recursos humanos, y sobre calidad y eficiencia de los servicios sanitarios.

- 2. Fomentar una cultura de investigación en salud de excelencia en Andalucía. Se creará una red de Centros de Excelencia Investigadora, una Red de Unidades de Investigación y una Red de Investigadores. Establecer objetivos de investigación en el Contrato-Programa
- 3. Diseñar sistemas de evaluación y calidad de los proyectos de investigación desarrollados desde salud en Andalucía, para facilitar su aplicación en la mejora del sistema sanitario público y la calidad de sus prestaciones. Desarrollando un Mapa de Investigaciones, establecer un sistema de acreditación de centros investigadores, desarrollar un plan de formación en metodología de investigación y desarrollar un plan de apoyo a la investigación.
- 4. Facilitar la difusión y la sensibilización pública de los resultados en investigación en salud, facilitando Encuentros Científicos de Alto Nivel, como congresos, conferencias y reuniones científicas, desarrollar la línea de medicina basada en la evidencia, potenciar las revisiones sistemáticas y desarrollar el Boletín de Noticias de Investigación vía correo electrónico.

#### ■ A.5.2.2 ■ Programa Marco de Investigación en Salud en Andalucía

Concretando los objetivos propuestos en el Plan de Calidad, la Secretaría General de Calidad y Eficiencia de la Consejería de Salud de Andalucía ha establecido el Primer Programa Marco de Investigación en Salud en Andalucía como programa de investigación para la mejora de la salud de los ciudadanos/as de Andalucía para el período 2001-2004. Este programa define como líneas marco de investigación 10 acciones clave y 4 acciones horizontales.

Acciones clave:

- 1. Investigación sobre las principales causas de morbimortalidad en Andalucía
- 2. Investigación sobre salud pública y promoción de salud
- 3. Investigación sobre servicios de salud
- 4. Alimentación, nutrición y salud
- 5. Entorno y salud
- 6. Aplicaciones de la función celular
- 7. Investigación sobre el genoma y las enfermedades de origen genético
- 8. Envejecimiento de la población y discapacidades

- 9. Neurociencias
- 10. Evaluación de tecnologías sanitarias y uso racional del medicamento

Acciones horizontales:

1. Investigación sobre grupos poblacionales y/o colectivos con necesidades especiales
2. Investigación sobre el papel de las nuevas tecnologías en salud y de la sociedad de la información
3. Investigación sobre la aplicación de la investigación a la práctica clínica
4. Investigación sobre el enfoque de la asistencia sanitaria desde la perspectiva del proceso asistencial

## B. Conocimientos y medios necesarios para su desempeño

<b>B.1. Conocimientos técnicos y científicos</b> .....	107
<b>B.2. Estructura y organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada</b> .....	108
▪ <b>B.2.1. Sistema Nacional de Salud</b> .....	108
▪ <b>B.2.2. Sistema Sanitario Público de Andalucía</b> .....	110
B.2.2.1. Estructura Asistencial .....	115
B.2.2.2. Ordenación funcional .....	117
▪ <b>B.2.3. Servicio Andaluz de Salud</b> .....	177
B.2.3.1. Descripción general .....	177
B.2.3.2. Atención Primaria de Salud .....	120
• B.2.3.2.1. Normativa .....	120
• B.2.3.2.2. Estructura de Atención Primaria .....	120
- B.2.3.2.2.1. Distrito de Atención Primaria de Salud .....	121
- B.2.3.2.2.2. Zona Básica de Salud .....	123
- B.2.3.2.2.3. Centro de Salud .....	123
- B.2.3.2.2.4. Equipo Básico de Atención Primaria .....	125
• B.2.3.2.3. Jornada de Trabajo .....	127
• B.2.3.2.4. Plan Marco de reorganización de la asistencia a las urgencias y emergencias en Atención Primaria: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (mayo 1995) .....	127
B.2.3.3. Atención Especializada .....	128
• B.2.3.3.1. Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales .....	129
• B.2.3.3.2. Decreto 462/96, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales ..	135
• B.2.3.3.3. Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía .....	139
• B.2.3.3.4. Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía .....	140
<b>B.3. Gestión innovadora de la Asistencia Sanitaria</b> .....	143
▪ <b>B.3.1. Gestión por Procesos</b> .....	143
B.3.1.1. Etapas en la descripción de un proceso integrado .....	143
B.3.1.2. Determinación de componentes del proceso .....	144
B.3.1.3. Representación gráfica del proceso .....	144
B.3.1.4. Evaluación del proceso .....	144
B.3.1.5. Método de mejora de un proceso .....	145
B.3.1.6. Procesos asistenciales diseñados .....	145

---

▪ B.3.2. Gestión por Competencias .....	146
▪ B.3.3. Medicina Basada en la Evidencia .....	149
B.3.3.1. Qué es la Medicina Basada en la Evidencia .....	149
B.3.3.2. Aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia .....	151
<b>B.4. Definición de las características de la especialidad, medios y recursos para su adecuado desempeño</b> .....	<b>152</b>
▪ B.4.1. Recursos Humanos .....	152
▪ B.4.2. Recursos Materiales .....	152
B.4.2.1. Infraestructura .....	152
• B.4.2.1.1. Infraestructura hospitalaria .....	153
• B.4.2.1.2. Infraestructura de Atención Primaria .....	153
B.4.2.2. Recursos físicos y equipamiento .....	153

## B. Conocimientos y medios necesarios para su desempeño

- *María Cecilia Escudero Espinosa* ■ *Sandra Pinzón Pulido* ■  
■ *Nuria Pascual Martínez* ■ *Francisco Conti Cuesta* ■

### B.1. Conocimientos técnicos y científicos

Para el ejercicio de la profesión médica, es necesario haber alcanzado el título de Licenciado en Medicina (Real Decreto 1417/90 de 26 de octubre donde se establece el título de licenciado en medicina- Directiva Comunitaria 86/457/CEE). A partir de 1995 los médicos generalistas están obligados a entrar en el sistema de residencia MIR para ejercer su profesión como Médicos Generalistas (en Europa) y Médicos Especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria (en España), en el ámbito de la Atención Primaria o en las urgencias hospitalarias.

La formación médica de postgrado (Guía de formación de especialistas donde se incluyen todos los programas docentes de las distintas especialidades – Ley General de Sanidad 14/1986) se ha desarrollado a través de dos sistemas: formación MIR y formación sin título oficial o los denominados MESTO (médicos especialistas sin título oficial). Existe también una formación postgrado que contempla cursos tipo diploma, máster y doctorado.

La formación continuada es necesaria para mantener conocimientos actualizados. Este tipo de formación está reglada y se puede desarrollar básicamente de dos formas: presencial y a distancia. Actualmente existe un gran desarrollo de la formación a distancia, en aprovechamiento de las nuevas tecnologías de la información. (Real Decreto 521/87 y la Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations). Forman parte de este tipo de formación la participación en cursos cortos, seminarios, congresos, reuniones científicas, sesiones y reuniones clínicas.

## B.2. Estructura y organización de la Atención Primaria y la Atención Especializada

Para la definición de los medios necesarios para el desarrollo de la actividad profesional es necesaria la descripción de la estructura y funcionamiento del puesto de trabajo. Es importante la descripción de la estructura sanitaria definida como SNS y dentro de ésta, el SSPA. En las páginas siguientes encontrará descrito estructuralmente el sistema sanitario a nivel nacional, autonómico y local, contexto necesario para la descripción del puesto de trabajo.

### B.2.1. Sistema Nacional de Salud

---

Según la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) el SNS es el conjunto de Servicios de Salud de la administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Sus servicios se extienden a toda la población, y se organizan para prestar una atención integral a la salud (educación, promoción, prevención, curación y rehabilitación). La financiación estará a cargo de recursos de las administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios. El órgano de comunicación e información de los distintos servicios de salud será el Consejo Interterritorial del SNS. El presidente del Consejo Interterritorial es el Ministro de Sanidad y Consumo.

La ley establece que cada Comunidad Autónoma tendrá un Servicio de Salud, creará un Consejo de Salud y elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las áreas necesarias para cumplir con los objetivos de salud propuestos.

Las Comunidades Autónomas constituirán demarcaciones denominadas Áreas de Salud, que serán las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Las Áreas de Salud deberán desarrollar actividades de Atención Primaria y especializada y serán dirigidas por un órgano propio donde deberán participar las corporaciones locales con una representación no inferior al 40%. Las Áreas de Salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación. Tendrán una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000.

Cada Área de Salud estará vinculada al menos a un hospital, que será el encargado del internamiento clínico y la asistencia especializada y complementaria que se requiera en su zona de influencia. Los centros hospitalarios también desarrollarán actividades de promoción, prevención, investigación y docencia, complementando las actividades de Atención Primaria.

El órgano de participación del Área de Salud será el Consejo de Salud. Sus funciones son: verificar la adecuación de las actuaciones en salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica, orientar las directrices sanitarias, proponer medidas para estudiar los problemas sanitarios específicos, conocer e informar sobre el plan de salud y conocer la memoria anual del Área.

El órgano de dirección será el Consejo de Dirección del Área. Sus funciones son: formular las directrices de la política sanitaria y controlar la gestión del área. Propondrá el nombramiento y cese del gerente del Área, aprobará el plan de salud y la memoria anual; establecerá criterios generales de coordinación dentro del Área y aprobará las prioridades de salud.

El órgano de gestión será la Gerencia del Área. El Gerente del Área será el encargado de la ejecución de las directrices establecidas por el Consejo de Dirección, de las del plan de salud y las normas de la administración autonómica y del Estado. Presentará el anteproyecto del plan de salud y el proyecto de memoria anual.

Las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud para conseguir máxima operatividad y eficacia. En su delimitación se tendrán en cuenta las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios de salud, grado de concentración o dispersión de la población, características epidemiológicas de la zona y las instalaciones y recursos sanitarios disponibles.

La Zona Básica de Salud es el marco territorial de la Atención Primaria de salud. Los Centros de Salud desarrollarán las actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, individual y colectiva. Albergarán la estructura física de consultas, servicios asistenciales y recursos materiales necesarios para cumplir sus objetivos; servirán como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios; facilitarán el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios.



### **B.2.2. Sistema Sanitario Público de Andalucía**

---

El Sistema Sanitario Público de Andalucía es concebido como el conjunto de recursos, medios y actuaciones de las Administraciones sanitarias públicas de la Comunidad Autónoma o vinculados a las mismas orientados a satisfacer el derecho a la protección de la salud a través de la promoción, la prevención y la atención sanitaria. Junto a esto se definen sus características fundamentales que dejan absolutamente clara y sin resquicio alguno la voluntad del legislador de reforzar la coordinación, la tutela y el control público del sistema. La universalización de la asistencia sanitaria, la financiación pública, el uso preferente de los recursos sanitarios públicos y la prestación de una atención integral y de calidad son los elementos fundamentales que garantizan la efectividad de los principios inspiradores de esta ley en el marco definido para el SNS.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, en coherencia con las previsiones constitucionales, atribuye a la Comunidad Autónoma, en su artículo 13.21, la competencia exclusiva en materia de sanidad interior y de Seguridad Social, así como la organización y administración a tales fines y dentro de su ámbito territorial de todos los servicios relacionados con las Instituciones, Entidades y Fundaciones de Sanidad y Seguridad Social.

Con sujeción al marco competencial de la Junta de Andalucía, se han efectuado los correspondientes trasposos de competencias, funciones y servicios en materia de Sanidad, en virtud de los Reales Decretos 1.118/1981, de 29 de abril (BOE de 15 de junio) y 1.021/1984, de 28 de marzo (BOE de 30 de mayo), y en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social gestionada por el INSALUD, por el Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero (BOE de 29 de febrero), siendo asignados las citadas competencias a la Consejería de Salud y consumo por los Decretos 35/1981, de 22 de junio (BOJA de 31 de julio) y 4011/1984, de 29 de febrero (BOJA de 15 de marzo) respectivamente.

La legitimación de la Comunidad Autónoma de Andalucía para iniciar el proceso de ordenación de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria queda, por consiguiente, suficientemente acreditada y extendiéndose el mencionado proceso a todo el ámbito asistencial, tanto en el plano de la atención individual como en el colectivo y medioambiental.

Las características del SSPA, según se establece en la Ley de Salud 2/98 son:

- Extensión de sus servicios a toda la población
- Aseguramiento único y público
- Financiación pública
- Uso preferente de recursos públicos en la provisión de servicios
- Atención integral de la salud
- Altos niveles de calidad evaluada y controlada

La dirección y coordinación de las actividades, servicios y recursos del SSPA corresponden a la Consejería de Salud, quien garantizará la integración y la coordinación del mismo en orden a posibilitar la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones bajo los principios de aseguramiento único y financiación pública.

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se organiza sobre la base de separar nítidamente lo que son competencias propias de la Autoridad Sanitaria, y por tanto íntimamente ligadas a la función directa de la Administración pública, de lo que son competencias propias de gestión y prestación de los servicios sanitarios, que se ejercen a través de un conjunto de organismos y entidades públicas que, manteniendo el grado de autonomía que le confieren sus propias normas de creación, dependen directamente de la Consejería de Salud.

Bajo la superior dirección del Consejero de Salud, la Consejería tiene responsabilidad directa en la determinación de las directrices de la política de salud, la Salud Pública, la Planificación sanitaria, la garantía de la cobertura y aseguramiento de los ciudadanos, la financiación sanitaria, La Ordenación farmacéutica y la política de concertos con otras entidades sanitarias. Junto a éstas, ejerce la dirección y coordinación del conjunto del Sistema Sanitario público de Andalucía, tal como ha sido definido por la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, garantizando así la *integralidad* de las actuaciones y la integración del Sistema sanitario bajo directrices de política sanitaria comunes.

El principal instrumento de que se sirve el Gobierno andaluz para la dirección de la política de Salud es el Plan Andaluz de Salud, de carácter cuatrienal, donde se expresan -en forma de objetivos a alcanzar y estrategias para su desarrollo- los principales compromisos que asume el ejecutivo andaluz en materia de salud y que sirve de elemento director para la actuación sanitaria de todos los organismos y entidades responsables de la prestación de servicios.

La organización de la Consejería de Salud viene definida en el Decreto 245/2000, de 31 de Mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica Básica de la Consejería de Salud, donde se incluye igualmente la estructura orgánica básica del Servicio Andaluz de Salud, con las competencias atribuidas a sus principales órganos directivos.

Los organismos responsables actualmente de la gestión directa y prestación de los Servicios Sanitarios en Andalucía son los siguientes:

- El Servicio Andaluz de Salud, que es el principal organismo, tanto por su volumen como por la extensión de sus actuaciones y competencias. Es un Organismo Autónomo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud cuyas competencias y funciones vienen reguladas por la Ley 2/1998 de 15 Junio de Salud de Andalucía, así como por los preceptos que todavía se mantienen en vigor de la Ley 8/1986 de 6 de Junio del Servicio Andaluz de Salud, que creó originariamente dicho organismo .
- La Empresa Pública de Emergencias sanitarias de Andalucía, responsable de la gestión y prestación de las actuaciones de Emergencias Sanitarias en el territorio de Andalucía. Es una Empresa Pública de la Junta de Andalucía adscrita a la Consejería de Salud cuyo marco regulador viene definido por la Ley 2/1994 de 24 de Marzo de creación de la Empresa, así como por el Decreto 88/1994 de 19 de Abril, por el que se aprueban sus Estatutos de funcionamiento.
- La Empresa Pública Hospital Costa del Sol, responsable de la gestión y prestación de la Atención Especializada en el ámbito territorial de la Costa del Sol en Málaga, creada por la Disposición adicional Decimoctava de la Ley 4/1992 de 30 de Diciembre de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1993 y regulada por sus propios normas fundacionales, definidas según Decreto 104/1993 de 3 de Agosto por el que se aprueban sus Estatutos.
- La Empresa Pública Hospital de Poniente, responsable de la gestión y prestación de la Atención Especializada en el ámbito territorial de la zona del Poniente en Almería, creada por Disposición adicional Segunda de la Ley 9/1996 de 26 de Diciembre, por la que se aprueban Medidas de acompañamiento a los Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía para 1997 y regulada por sus propias fundacionales, definidas según Decreto 131/1997 de 13 de Mayo, por el que se aprueban sus Estatutos.
- La Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir, (Andujar) responsable de la gestión y prestación de la Atención Especializada en el ámbito territorial correspondiente a Andujar (Jaén) y su comarca en Jaén. Fue creada por la Ley

11/1999 de 30 de Noviembre y está regulada por los preceptos de la misma y los contenidos de sus Estatutos de funcionamiento, establecidos según Decreto 48/2000 de 7 de Febrero.

Junto a estas, existen otras entidades públicas dependientes de la Junta de Andalucía y adscritas a la Consejería de Salud, cuya finalidad no es la prestación directa de servicios sanitarios, sino que están especializadas en otros ámbitos funcionales que son competencia completa o compartida por la Consejería. Se trata de:

- La Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAI-SEM), entidad que, bajo la forma jurídica de fundación, asume las competencias compartidas por diferentes Departamentos de la Junta en cuanto a la integración sociolaboral y residencial de los enfermos psiquiátricos crónicos, en íntima coordinación con los servicios de Salud Mental del SAS, con la finalidad de ofrecer una vida digna y socialmente integrada a estos pacientes. El patronato está formado por La Consejería de Salud (que lo preside), la Consejería de Empleo y Desarrollo Tecnológico, la Consejería de Asuntos Sociales y la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía. Fue creada tras una Resolución Parlamentaria del Parlamento Andaluz, por el Consejo de Gobierno, según Acuerdo de 30 de Noviembre de 1993.
- La Escuela Andaluza de Salud Pública, que bajo la forma de Empresa Pública creada al amparo del artículo 6.1.a. de la Ley de Hacienda Pública de Andalucía, es un organismo que se responsabiliza de la Docencia e Investigación e materia de Salud Pública y Gestión Sanitaria de Andalucía, con independencia de tareas de Asesoría y gestión directa de proyectos de Cooperación Internacional. Su cartera de servicios abarca no sólo la Comunidad Autónoma, sino que presta servicios a Instituciones de todo el Estado. Fue creada por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 2 de Mayo de 1985.
- La Fundación Progreso y Salud, que bajo la forma jurídica de fundación, tiene como fines generales el desarrollo de proyectos concretos en materia de sanidad, asesoramiento especializado en salud, foro de debate y encuentro, cooperación con otras administraciones, participación en áreas de innovación tecnológica y desarrollo de proyectos de cooperación internacional. Su patronato está formado por las Empresas Públicas Sanitarias Adscritas a la Consejería de Salud, es decir, la EPES, la EASP, el Hospital Costa del Sol y el Hospital de Poniente, todas de capital completamente público.
- Junto a estas, la Consejería de Salud participa igualmente en otras Fundaciones de carácter público, como es el caso de la Fundación Campus de la Salud de Gra-

nada, responsable por la definición, impulso y desarrollo de este importante proyecto del ámbito de la Educación Universitaria, donde la Consejería participa con la parte asistencial sanitaria del proyecto (nuevo Hospital de Granada).

Por otro lado, y con la finalidad de Fomentar la Evaluación de Tecnologías y Procedimientos sanitarios en el Sistema Sanitario Andaluz, la Consejería de Salud ha creado recientemente la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (como una unidad orgánica directamente dependiente de la Consejería de Salud. Su creación, objetivos y funciones vienen recogidas en el Decreto 318/1996 de 2 de julio, por el que se acuerda su creación.

Como Órgano de participación Social de ámbito regional la Consejería de Salud dispone del Consejo Andaluz de Salud y está en proyecto el Desarrollo de Órganos territoriales de participación social. En este órgano colegiado están representadas las organizaciones sociales y los empresarios de Andalucía, los Municipios y Provincias, Los Colegios Profesionales y las Organizaciones de consumidores y usuarios de Andalucía. Su regulación está contenida en la Ley 2/1998 de 15 de Junio de Salud de Andalucía, y su desarrollo normativo se contiene en el Decreto 109/1993 de 31 de Agosto.

Además, en el año 2000, el Decreto 245/2000, de 31 de mayo, aporta algunas novedades:

- La creación de una comisión de dirección del Servicio Andaluz de Salud (art. 17), como órgano colegiado de asistencia al Consejero de Salud en la elaboración de las directrices y estrategias a seguir por el Servicio Andaluz de Salud, así como en la evaluación y control de la actividad del mismo. Esta Comisión está presidida por el titular de la Consejería de Salud y forman parte de la misma los titulares de los centros directivos de la Consejería y del Organismo Autónomo.
- La creación de una Secretaría General de Calidad y Eficiencia, con rango de Viceconsejería, en la Consejería de Salud. A esta Secretaría General corresponden todas las funciones relacionadas con las políticas de calidad de la prestación sanitaria en general y en particular las siguientes:
  - a. La planificación y evaluación de las políticas de calidad en los organismos y entidades dependientes de la Consejería de Salud, así como de los centros asistenciales concertados con la misma.
  - b. La definición y seguimiento de los instrumentos que desarrollen las citadas políticas de calidad.

- c. La definición, tutela y seguimiento de los instrumentos de calidad a incluir en los contratos-programas y en los planes de actuación elaborados por la Consejería de Salud.
  - d. La evaluación y control de calidad de las prestaciones farmacéuticas y complementarias comprendidas en la asistencia sanitaria dispensada en la Comunidad Autónoma.
  - e. La planificación, seguimiento y control de los parámetros de eficiencia integral del Sistema Sanitario Público Andaluz.
  - f. La definición de las políticas de acreditación y certificación de los diferentes centros asistenciales y establecimientos sanitarios, públicos o privados de Andalucía.
  - g. La planificación de las políticas de formación, desarrollo profesional y acreditación de profesionales en el Sistema Sanitario Público Andaluz y centros concertados.
  - h. El impulso, desarrollo y coordinación de la política de investigación de la Consejería de Salud.
  - i. La orientación, tutela y control técnico de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
  - j. La planificación estratégica y seguimiento de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
  - k. Y en general, todas aquellas que le atribuya la normativa vigente y las que expresamente le sean delegadas.
- Y, finalmente, la creación de una Secretaría General en el Servicio Andaluz de Salud con competencias sobre los asuntos jurídicos del Organismo, la ordenación y organización administrativa, la gestión operativa y desarrollo de los planes de información e informática, los seguros de responsabilidad civil y gerencia de riesgos en el ámbito de sus competencias, la organización y dirección de los estudios publicaciones y centros bibliográficos y documentales del organismo.

#### ■ B.2.2.1 ■ Estructura Asistencial

El Sistema Sanitario Público de Andalucía estará constituido por:

- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos integrados en el Servicio Andaluz de Salud o adscritos al mismo.
- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de organismos, empresas públicas o cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, adscritas a la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía.

- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias.

También podrán formar parte del SSPA:

- Los centros, servicios y establecimientos sanitarios de otras Administraciones Públicas adscritos al mismo, en los términos que prevean los respectivos acuerdos o convenios suscritos al efecto.
- En general, todos aquellos centros, servicios y establecimientos sanitarios que se adscriban al mismo en virtud de un convenio singular de vinculación.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía, de acuerdo a lo señalado en el Capítulo II Ley de Salud de Andalucía, se organiza en demarcaciones territoriales denominadas Áreas de Salud, las cuales se delimitarán atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, ambientales, de vías y medios de comunicación homogéneos, así como de instalaciones sanitarias existentes y teniendo en cuenta la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía.

En cada Área de Salud se establecerá un Consejo de Salud del Área, como órgano colegiado de participación ciudadana, con la finalidad de hacer el seguimiento en su ámbito de la ejecución de la política sanitaria y de asesorar a los órganos correspondientes a dicho nivel de la Consejería de Salud.

El Área de Salud constituye el marco de planificación y desarrollo de las actuaciones sanitarias, debiendo disponer de la financiación y dotaciones necesarias para prestar los servicios de Atención Primaria y especializada, asegurando la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la accesibilidad a los servicios del usuario.

El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, a propuesta del Consejero de Salud, aprobará y modificará los límites territoriales de las áreas de salud, de conformidad con los principios y derechos referenciados en la presente ley.

Con la finalidad de alcanzar la mayor eficacia en la organización y funcionamiento del SSPA, cada Área de Salud se divide territorialmente en Zonas Básicas de Salud. La Zona Básica de Salud es el marco territorial elemental para la prestación de la Atención Primaria de salud, de acceso directo de la población, en el que se ha de tener la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible. Serán delimitadas por la Consejería de Salud, así como sus modificaciones,

atendiendo a factores de carácter geográfico, demográfico, social, económico, epidemiológico, cultural y viario, así como teniendo en cuenta los recursos existentes y la ordenación territorial establecida por la Junta de Andalucía.

Por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía se determinarán los órganos, la estructura y el funcionamiento de los distritos de Atención Primaria y los hospitales. Cada área de salud dispondrá de, al menos, un dispositivo de Atención Especializada de titularidad pública, al que pueda acceder la población de la misma para recibir dicha atención.

#### ■ B.2.2.2 ■ Ordenación funcional

La asistencia sanitaria se prestará de forma integrada que incluyen programas médico preventivos, curativos, rehabilitadores, de higiene y educación sanitaria. Estará organizada en dos niveles: Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención Primaria constituye el primer nivel de acceso ordinario y presta una atención integral a la salud; se ofrecerá en cada zona básica de salud y los servicios se prestarán a demanda de la población (programada o de urgencia), en el régimen ambulatorio y domiciliario. Para la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de Atención Primaria existirán los Distritos de Atención Primaria, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Consejería de Salud.

La Atención Especializada se prestará en los hospitales y centros de especialidades. Sus funciones serán de Atención Especializada programada y urgente, en régimen de internado, ambulatorio y domiciliario; promoción de salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, docencia e investigación, en coordinación con la Atención Primaria. Cada área de salud dispondrá al menos de un dispositivo de Atención Especializada de titularidad pública al que pueda acceder la población de la misma.

### B.2.3. Servicio Andaluz de Salud

---

#### ■ B.2.3.1 ■ Descripción general

En su virtud, la Ley 8/1986, de 6 de mayo, crea el Servicio Andaluz de Salud (SAS), organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía, responsable de la gestión y administración de los servicios públicos de atención a la salud dependientes de la Junta de Andalucía.



El conjunto de dispositivos agrupados dentro del SAS configuran hoy día la más importante red de atención sanitaria de Andalucía, tanto en lo que se refiere a la Atención Primaria de salud, la asistencia hospitalaria, la salud pública y, en general, en el conjunto de prestaciones sanitarias puestas a disposición del pueblo andaluz. Esta red, junto con las empresas públicas constituidas, conforma una atención sanitaria pública que conviene mantener, ampliar y potenciar de forma progresiva, como uno de los elementos indiscutibles para el bienestar de la población andaluza.

El SAS es un organismo autónomo de carácter administrativo de la Junta de Andalucía adscrito a la Consejería de Salud; se regirá por la presente ley y demás disposiciones que la desarrollen, por la Ley 5/1983, de 19 de julio, de la Hacienda Pública de Andalucía, y por las demás disposiciones que le resulten de aplicación.

La estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud está regulada por el Decreto 245/2000 de 31 de mayo.

En este Decreto se recogen, igualmente, las funciones que corresponden al Servicio Andaluz de Salud (art. 10.3):

- a. Cestión 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.
- b. Administración y gestión de las Instituciones, centros y servicios sanitarios que obran bajo su dependencia orgánica y funcional.
- c. Gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Para el desarrollo de las mismas el SAS cuenta, además de su estructura central, con una red de Atención Primaria muy extendida y una importante red de Atención especializada, con algunos programas que pueden considerarse específicos por sus contenidos u organización diferenciada (trasplantes, urgencias y emergencias o salud mental). Dispone también de una red centros de transfusión sanguínea que dan cobertura a toda la geografía andaluza.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía se han estructurado dos Áreas de Gestión y 30 Hospitales y 51 Distritos de Atención Primaria. Algunos de los distritos sanitarios que aparecen en este listado se encuentran ya funcionalmente agrupados.

Cuadro 6. Distritos sanitarios andaluces

Provincias	Áreas de Gestión	Hospitales	Distritos de Atención Primaria (Agrupaciones)
ALMERÍA		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Inmaculada</li> <li>• Torrocárdenas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Levante - Alto Almanzora</li> <li>• Agrupación Almería Centro</li> <li>• Poniente - Roquetas</li> </ul>
CÁDIZ		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerez de la Frontera</li> <li>• Puerto Real</li> <li>• Puerta del Mar</li> <li>• La Línea de la Concepción</li> <li>• Punta Europa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jerez - Sanlúcar</li> <li>• Sierra de Cádiz</li> <li>• Algeciras - La Línea</li> <li>• Cádiz - Bahía - Vejer</li> </ul>
CÓRDOBA	• Área Sanitaria Norte de Córdoba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valle de los Pedroches</li> <li>• Reina Sofía</li> <li>• Infanta Margarita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto del Guadalquivir - Palma del Río</li> <li>• Córdoba</li> <li>• Montilla - Luccena - Cabra</li> </ul>
GRANADA		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baza</li> <li>• Virgen de las Nieves</li> <li>• San Cecilio</li> <li>• Santa Ana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guadix - Baza</li> <li>• Granada</li> <li>• Loja - Santa Fe</li> <li>• Costa - Alpujarra</li> </ul>
HUELVA		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riotinto</li> <li>• Infanta Elena</li> <li>• Juan Ramón Jiménez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sierra de Huelva - Andévalo Central</li> <li>• Huelva - Costa</li> <li>• El Condado</li> </ul>
JAÉN		<ul style="list-style-type: none"> <li>• San Agustín</li> <li>• San Juan de la Cruz</li> <li>• Ciudad de Jaén</li> <li>• Princesa de España</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Linares - Andujar</li> <li>• Nordeste - Úbeda</li> <li>• Jaén</li> <li>• Alcalá la Real - Martos</li> </ul>
MÁLAGA		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carlos Haya</li> <li>• Antequera</li> <li>• La Axarquía</li> <li>• Virgen de la Victoria</li> <li>• La Serranía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costa del Sol</li> <li>• Málaga</li> <li>• Axarquía</li> <li>• Antequera</li> <li>• Guadalhorce - Ronda</li> </ul>
SEVILLA	• Osuna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuestra Señora de Valme</li> <li>• Virgen Macarena</li> <li>• Virgen del Rocío</li> <li>• Nuestra Señora de la Merced</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sierra Norte</li> <li>• Sevilla Este - Sur - Guadalquivir</li> <li>• Macarena - Carmona - Rinconada</li> <li>• Alcalá - Dos Hermanas - Utrera - Morón</li> <li>• Aljarafe</li> <li>• Camas - Sierra Norte</li> </ul>

### ■ B.2.3.2 ■ Atención Primaria de Salud

Constituye el primer nivel de acceso ordinario de la población al SSPA, y se caracteriza por prestar atención integral a la salud la cual será prestada en cada zona básica de salud por los profesionales que desarrollan su actividad en la misma y que constituyen los Equipos Básicos de Atención Primaria, a demanda de la población en los correspondientes centros de salud y consultorios, de carácter programado o bien con carácter urgente, y tanto en régimen ambulatorio como domiciliario, de manera que aumente la accesibilidad de la población a los servicios.

#### B.2.3.2.1. Normativa

La normativa que regula la prestación de los servicios de Atención Primaria se recoge en los Decretos y Órdenes relacionados a continuación:

- Decreto 195/1995, de 28 de agosto, sobre ordenación de los servicios de Atención Primaria de salud en Andalucía.
- Orden de 2 de septiembre de 1985 por la que se aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los centros de Atención Primaria en Andalucía.
- Decreto 60/1999, de 9 de marzo sobre la libre elección de médico general y pediatra.
- Decreto 260/2001, de 27 de noviembre por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico.

#### B.2.3.2.2. Estructura de Atención Primaria

La Ley General de Sanidad establece los principios generales que regulan la creación y funcionamiento de las zonas de salud como marco territorial de la Atención Primaria en la Comunidad Autónoma, donde se realizarán las acciones de promoción, prevención asistencia y rehabilitación individual y colectiva con objeto de garantizar el derecho Constitucional a la salud (artículo 43).

En Andalucía la estructura es:

- Demarcación geográfica para la planificación, prestación y gestión de los Servicios Sanitarios de AP: Distrito de Salud
- Marco territorial: Zona Básica de Salud

- Estructura física y funcional: Centro de Salud
- Estructura humana: Equipo Básico de Atención Primaria

La red de atención Primaria en Andalucía se compone de 1.426 centros distribuidos por toda la geografía, que se agrupan en Distritos a efectos de planificación, gestión y administración.

Destaca en esta red el porcentaje de reconversión al modelo de Equipos Básicos de Atención Primaria alcanzado durante 2000 (87,36%) con la previsión planificada de llegar al 100% de cobertura de toda la población a final del año 2001. Para alcanzar estas coberturas, durante 2000 han comenzado a funcionar bajo el nuevo modelo de atención 37 centros de salud, de los cuales 19 son de nueva creación.

#### ■ B.2.3.2.2.1. Distrito de Atención Primaria de Salud

Para la planificación, gestión y apoyo a la prestación de los servicios de Atención Primaria de salud de Andalucía, existirá el Distrito de Atención Primaria de Salud, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Consejería de Salud. El Distrito de Atención Primaria de Salud abarca el conjunto de Zonas Básicas de Salud vinculadas a una misma estructura de dirección, gestión y administración.

Las actividades desarrolladas en el Distrito de Atención Primaria de Salud, comprenden la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia curativa, la rehabilitación y participación en las tareas de reinserción social, así como la administración de los Servicios Sanitarios, la investigación y docencia.

Las competencias de dirección y gestión de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria, en el ámbito del Distrito, serán asumidas por la Junta de Administración y el Director del Distrito. Del Director del Distrito dependen el Administrador y el Coordinador de Enfermería.

Según las características de cada Distrito de Atención Primaria de Salud, pueden existir los órganos siguientes:

- Coordinador de Epidemiología y Programas.
- Coordinador de Educación para la Salud y Participación Comunitaria.
- En su caso, Coordinadores de Programas Específicos.

En cada uno de los Distritos de Atención Primaria de Salud actuará un Dispositivo de Apoyo Específico a los Equipos Básicos de Atención Primaria, que estará constituido por el conjunto de medios personales y materiales destinados a prestar apoyo directo a los mismos.

El Dispositivo de Apoyo Específico está integrado por:

- Los Facultativos Médicos adscritos al mismo
- Los Farmacéuticos y Veterinarios de Distrito
- Los Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería que se les adscriban
- Los Diplomados en Trabajo Social o Asistentes Sociales adscritos al mismo
- Los Técnicos especialistas de Radiología y laboratorio
- Los Auxiliares de Clínica adscritos al mismo
- El personal Administrativo y Subalterno correspondiente
- Otro personal (odontólogos, fisioterapeutas, etc.)

El personal integrante del Dispositivo de Apoyo Específico dependerá, orgánicamente y funcionalmente del Director de Distrito de Atención Primaria de Salud correspondiente, sin perjuicio de la adscripción total o parcial de profesionales dependientes de otras instancias sanitarias.

Estos Distritos tienen como funciones:

- Asistencia médico-quirúrgica en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias.
- Programa de Salud materno-infantil.
- Programa de Salud Escolar.
- Programa de Salud Mental.
- Programa de Salud Buco-Dental.
- Programas de Enfermedades Crónicas.
- Programas de Educación para la Salud.
- Programas de Salud laboral.
- Programas de Rehabilitación y de Tercera Edad.
- Programas de Sanidad Ambiental
- Inspección e informe de los locales destinados a establecimientos públicos, mercantiles e industriales, siempre que su reconocimiento e inspección no corresponda a otra autoridad u organismo.

- Inspección y realización de las actividades necesarias para el informe de aquellas situaciones ambientales con posible riesgo para la Salud, especialmente la contaminación atmosférica, de aguas y demás aspectos del medio ambiente y la vigilancia sanitario del tratamiento de los residuos sólidos y las aguas residuales.
- Programas de Ordenación e Higiene Alimentaria, incluida la inspección de establecimientos con ellas relacionados.
- Programas de Participación de los Usuarios.
- Programas de Vigilancia Epidemiológica y medidas para el control de situaciones de riesgo para la Salud Pública y la aparición de zoonosis transmisibles al hombre.
- Programas de Ordenación Farmacéutica.
- Investigación y docencia.
- Planificación, organización, dirección y evaluación de los Servicios Sanitarios.
- Colaboración con los demás Administraciones Públicas.
- Todas aquellas otras que le sean encomendadas por los Órganos competentes.

#### ■ B.2.3.2.2.2. Zona Básica de Salud

La Zona Básica de Salud se ha descrito ya en el apartado anterior como el marco territorial elemental para la prestación de la Atención Primaria de salud, de acceso directo de la población, en el que se ha de tener la capacidad de proporcionar una asistencia continuada, integral, permanente y accesible.

#### ■ B.2.3.2.2.3. Centro de Salud

El Centro de Salud, desarrollará todas las acciones dirigidas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud tanto individual como colectivamente. Las funciones que le han sido asignadas son:

- 1. Albergar la estructura física de consultas y servicios asistenciales personales correspondientes a la población en que se ubica.
- 2. Albergar los recursos materiales precisos para la realización de las exploraciones complementarias de que se pueda disponer en la Zona.
- 3. Facilitar el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios
- 4. Mejorar la organización administrativa de la atención de salud en su zona de influencia.

Con carácter general, la Zona Básica de Salud cuenta con un Centro de Salud. En el medio rural, la Zona Básica de Salud podrá contar con Consultorios locales en aquellas poblaciones incluidos en la zona que no dispongan de Centro de Salud y, en el medio urbano, podrá disponer de instalaciones diferenciadas, dependientes, en uno y otro caso, del correspondiente Centro de Salud.

Las funciones asistenciales de los Centros de Atención Primaria, son prestar atención continuada e integral en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencia incluyendo:

- Asistencia preventiva de enfermedades
- Actividades de promoción de la salud
- Asistencia curativa y rehabilitadora con derivación de pacientes al nivel especializado de atención cuando éstos lo requieran
- Educación sanitaria
- Vigilancia sanitaria del medio
- Salud laboral
- Salud mental

También se realizan funciones docentes de formación continuada y de formación pregraduada y postgraduado tras la acreditación correspondiente. Igualmente, se llevan a cabo tareas de investigación clínica/epidemiológica y de administración en la Zona de Salud y en colaboración con el nivel de atención especializado. Las funciones administrativas, de planificación, organización y evaluación de los servicios sanitarios de nivel básico se desarrollan de forma sistemática, así como las actividades de registro, notificación y certificación derivadas del ejercicio profesional dentro del marco general de la ordenación de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y siguiendo la legislación vigente.

Los Centros de Salud se organizan en unidades funcionales que trabajan por programas bajo la dependencia jerárquica del Director, con la misión de asesorar técnicamente y facilitar la labor de éste.

**Cuadro 7. Unidades funcionales**

<b>Unidad de atención directa</b>	Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades dirigidas a la atención tanto de los individuos, como del medio donde éstos se desenvuelvan.
<b>Unidad de apoyo administrativo</b>	Asume las tareas administrativas del Centro incluyendo recepción, información, archivo, registro y administración general de recursos. Estará constituida por el personal administrativo del Centro de Salud.
<b>Unidad de Docencia e Investigación</b>	Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades de formación continuada e investigación así como de los programas de formación pregraduada y postgraduado en los centros acreditados. Estará constituido por el director del programa de docencia e investigación cuyas funciones serán similares a las del resto de los directores de programas.
<b>Unidad de Enfermería</b>	Asume la responsabilidad de la coordinación de las actividades de los profesionales de enfermería de la Zona Básica de Salud. Está constituido por el Adjunto de enfermería.

El personal que trabaja en el Centro de Atención Primaria de Salud se clasifica en:

- Personal sanitario
  - Facultativo
  - Personal Auxiliar Sanitario de Atención Primaria
  - Servicios Especiales
- Personal no sanitario
  - Administrativo
  - Trabajadores Sociales
  - Personal subalterno
  - Servicios Especiales

#### ■ B.2.3.2.2.4. Equipo Básico de Atención Primaria

El Equipo Básico de Atención Primaria está constituido por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con desempeño en una Zona de Salud y físicamente ubicados en un Centro de Salud.

Este Equipo está compuesto por:

- 1. Médicos de medicina general, pediatría- puericultura de zona, diplomados en Enfermería; matronas, practicantes de zona, y auxiliares de clínica adscritos en la zona básica
- 2. Los funcionarios técnicos del Estado al Servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos Médicos, Practicantes y Matronas radicados en la Zona
- 3. Los Farmacéuticos y Veterinarios titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo
- 4. Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales
- 5. Personal Administrativo o de servicios generales
- 6. Otros profesionales si lo permite el presupuesto y conviene por las necesidades de la Zona

Con el objetivo de apoyar el trabajo y maximizar la eficacia de las actuaciones el Centro de Salud puede contar además con la participación de profesionales a cargo del desarrollo de ciertos Programas señalados a continuación:

- Matrona de Área: programa de la mujer
- Odontólogo de Área: programa bucodental
- Fisioterapeuta de Área: actividades de fisioterapia



El personal del Equipo Básico de Atención Primaria desarrollará su actividad bajo la dirección del Director del Centro de Salud, del que dependerá funcionalmente.

Las funciones del Equipo Básico de Atención Primaria (Decreto 195/1995, de 28 de agosto, sobre Ordenación de los servicios de Atención Primaria de Salud de Andalucía) son:

- Prestar asistencia sanitaria individual y colectiva, en régimen ambulatorio, domiciliario y de urgencias a la población adscrita al Equipo, en coordinación con los Dispositivos de Apoyo de Atención Primaria y los Servicios de Especialidades Médicas del área.
- Realizar las acciones necesarias dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y participación en las tareas de reinserción social.
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Realizar el diagnóstico continuado de salud de la Zona y la ejecución de los programas sanitarios que se determinen de acuerdo con aquél, en colaboración con las restantes instancias implicadas.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos, así como la participación en los programas generales de evaluación y control de calidad de la Atención Primaria.
- Desarrollar y participar en programas de docencia y formación continuada de los profesionales de Atención Primaria y realizar actividades de formación pregraduada y postgraduado, así como los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- Participación en los programas de Salud Materno Infantil, Mental, Laboral y Ambiental.
- Aquellas otras de análoga naturaleza, que sean necesarios para la mejor atención a la población protegida.
- Los profesionales integrantes del Equipo Básico de Atención Primaria, realizarán sus funciones coordinadamente en todas las actividades dirigidas al desarrollo de las tareas encomendados.
- El número de profesionales sanitarios y no sanitarios integrantes del Equipo Básico de Atención Primaria, estará en función de la población adscrita y de las características y necesidades de su Zona Básica de Salud.
- Cada profesional asistencial, médico y enfermera de Equipos Básicos de Atención Primaria, será responsable de la asistencia a la Población que le sea adscrita.

### **B.2.3.2.3. Jornada de Trabajo**

- La dedicación del personal sanitario del Equipo Básico de Atención Primaria será de 40 horas semanales, haciéndose cargo de la asistencia ambulatoria y domiciliaria, sin perjuicio de la mayor dedicación que pudiera corresponderles por su participación en los turnos para la asistencia continuada de urgencia.
- La dedicación del personal no sanitario será la correspondiente, en cada momento, para este personal en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Se establecerán turnos rotativos entre los miembros del Equipo para la asistencia continuada de urgencia, que, en general, se centralizarán en el Centro de Salud durante todos los días de la semana.

### **B.2.3.2.4. Plan Marco de reorganización de la asistencia a las urgencias y emergencias en Atención Primaria: Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (mayo 1995)**

Lo que se ha pretendido y pretende conseguirse con dicho plan podemos definirlo por una serie de premisas básicas:

#### **▪ Servicio específico y de alta calidad**

El dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias tendrá una entidad propia, tanto en su organización, dotación y sistemática de trabajo, recogida y análisis de datos, protocolización, cualificación profesional, para dar la respuesta adecuada las situaciones que pueden presentarse y que estas sean de la mayor calidad posibles.

#### **▪ Servicio Integrado**

Los dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias no serán entes aislados, sino que también formarán parte del Centro de Salud, de los Servicios de Cuidados críticos y urgencias hospitalarios y del Sistema de Emergencias 061.

#### **▪ Servicio Comunitario**

El dispositivo de Cuidados críticos y Urgencias debe estar íntimamente relacionado con la comunidad y para ello deben de establecerse relaciones de trabajo eficaces y amplias con el resto de actividades del Centro de Salud, con el Sistema de Emergencias 061 y con los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital, consensuando protocolos, indicaciones para la activación del sistema de Emergencias, indicaciones para la derivación de los pacientes al servicio de cuidados Críticos y Urgencias, altas hospitalarias, estableciendo organizaciones de trabajo y planes estratégicos conjuntos, tanto en lo referente a las actividades preventivas, asistenciales de rehabilitación y reinserción social, en su caso.

#### ▪ Servicio de Empresa

El cambio generado en los últimos años en los servicios Sanitarios, exige un nuevo enfoque en nuestra actividad sanitaria, que permita utilizar los recursos existentes, tanto humanos como materiales, con visión de eficacia, efectividad y eficiencia, que generen el máximo posible de rentabilidad social y posibiliten el logro de los fines y prioridades de la Administración sanitaria pública.

#### ▪ Servicio General

El Servicio debe de atender, con un nivel de calidad excelente la demanda asistencial de su área de influencia. En este sentido tiene que compatibilizar dos aspectos: por un lado la necesidad de una actividad polivalente y el huir de una dinámica *incrementista*, y por otro aparentemente opuesto, la también necesidad, tanto de la organización como de los profesionales de incorporar aspectos de servicios y tecnologías puntas en el área específica de su actividad.

#### ▪ Servicio Innovador

El Servicio debe adoptar una estructura organizativa y flexible que permita dar respuesta a la mayor parte de la demanda actual y a las variaciones que puedan producirse en el futuro inmediato, tanto desde el punto de vista tecnológico como de gestión de personal o de cambios conceptuales. No se trata de olvidar el pasado sino de analizarlo, utilizarlo y conjuntamente con los cambios en el entorno, diseñar permanentemente el futuro.

### ■ B.2.3.3 ■ Atención Especializada

La Atención Especializada, como segundo nivel de atención definido en la Ley 2/98 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.

La red de hospitales del SAS está formada por 30 centros, 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 (Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y órganos de dirección de los hospi-

tales de la Asistencia Especializada, modificado por el Decreto 462/1996 de 8 de octubre).

Estos hospitales tienen adscritos 38 centros periféricos de especialidades en los que se desarrolla la actividad especializada jerarquizada y de cupo de consultas y de Atención Especializada de carácter ambulatorio.

Dos hospitales de tipo comarcal tienen una organización diferenciada en Áreas de Gestión Sanitaria, junto a los distritos de Atención Primaria ubicados en su área de influencia. El objetivo de este modelo de gestión es mejorar la coordinación entre ambas redes dependiendo de una dirección unificada.

En Andalucía están en funcionamiento hasta la fecha, dos Áreas sanitarias:

- Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Decreto 96/1994, de 3 de mayo, modificada por el Decreto 69/1996, de 13 de febrero)
- Área Sanitaria Norte de Córdoba (Decreto 68/1996, de 13 de febrero)

La Normativa que regula la asistencia especializada se recoge en los decretos relacionados a continuación:

- Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales.
- Decreto 462/1996, de 8 de octubre por el que se modifica el anterior.
- Decreto 128/1997, por el que se regula la libre elección de médico especialista y hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Decreto 209/2001, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

#### **B.2.3.3.1. Decreto 105/1986 de 11 de junio, sobre Ordenación de Asistencia Sanitaria Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales**

Según este Decreto se pueden destacar los siguientes aspectos relacionados con la materia de este libro.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía, en coherencia las previsiones constitucionales, atribuye a la Comunidad Autónoma la facultad de organizar y administrar, dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con la Sanidad y la Seguridad Social, cuyas competencias se atribuyen en exclusivo a la misma. Con sujeción a este

marco de la Junta de Andalucía, se han efectuado sucesivamente los correspondientes trasposos de competencias, funciones y servicios en materia sanitaria, de tal forma que puede estimarse concluido el proceso de transferencias.

La necesidad de abordar la reforma de los servicios asistenciales de la Atención Especializada viene determinada por un doble tipo de condicionantes. De una parte, el establecer una fórmula que permita la planificación hospitalaria y una mayor racionalización de los recursos disponibles, toda vez que las actividades atribuidas a los servicios hospitalarios y asistenciales y administrativos exigen una organización capaz de dotar a los Hospitales de una estructura eficaz para la satisfacción de los fines que tienen atribuidos.

Por otra parte, el modelo de organización adoptado, con sujeción a lo dispuesto en la ley 8/1986, de 6 de mayo (BOJA número 41, de 10 de mayo), del Servicio Andaluz de Salud, parte de la integración de los Servicios Sanitarios Públicos asegurando la uniformidad territorial y demográficas de la asistencia, e imponiendo la coordinación de las actuaciones públicas, para obtener una planificación efectiva del sector sanitario andaluz que mejore los servicios y las prestaciones a los usuarios. Esto no es sino concreción, al ámbito autonómico, de una de las características atribuidas a los servicios de Salud por el artículo 46 de la ley 1411986, de 25 de abril (BOE número 102, de 29 de abril), General de Sanidad, a cuyo tenor aquellos han de tender a la organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como de la duración y rehabilitación.

En consecuencia, los objetivos de las disposiciones contenidas en este Decreto incluyen la delimitación del marco territorial que permita una sectorización operativa de la Red Hospitalaria Pública de Andalucía; la integración y coordinación de los demás niveles asistenciales y, finalmente, la fijación de los criterios de organización de los Centros hospitalarios teniendo en cuenta los principios contenidos al respecto en la ley General de Sanidad.

#### ▪ Áreas Hospitalarias

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1 de la ley 8/1986, de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, el Área Hospitalaria es la demarcación geográfica para la gestión y administración de la asistencia sanitaria especializada, estando conformada, al menos, por un hospital y por los centros periféricos de especialidades adscritos al mismo.

Las Áreas Hospitalarias se delimitarán con arreglo a criterios geográficos, demográficos, de accesibilidad de la población y de eficiencia para la prestación de la asistencia especializada.

▪ **Objetivos de la Asistencia Especializada**

- Ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características, no puedan resolverse en el nivel de la Atención Primaria.
- Posibilitar el internamiento en régimen de hospitalización a los pacientes que lo precisen.
- Participar en la atención de las urgencias, asumiendo las que superen los niveles de la asistencia primaria.
- Prestar la asistencia en régimen de consultas externas que requieran la Atención Especializada de la población, en su correspondiente ámbito territorial, sin perjuicio de lo establecido para el Dispositivo Específico de Apoyo a la Atención Primaria.
- Participar, con el resto de dispositivo sanitario, en la prevención de las enfermedades y promoción de la salud.
- Colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud.

▪ **Centros de Provisión de Asistencia Especializada**

La asistencia especializada en régimen de consultas externas, se prestará en los siguientes Centros:

- Consultas Externas ubicadas en los Hospitales.
- Centros Periféricos de Especialidades, que dependerán funcional y orgánicamente de los Hospitales, siendo los dispositivos a distancia de los mismos, para prestar en régimen de Consultas externas, la asistencia de especialidades que requiera la población.
- Centros de Salud y excepcionalmente en consultas a domicilio, en aquellos casos en que lo requiera el dispositivo de la Atención Primaria.

La asistencia especializada en régimen de internamiento, se presta únicamente en Hospitales. Estos hospitales se clasifican como sigue:

- Hospitales Generales Básicos, cuyo ámbito de actuación será el Área Hospitalaria a la que se encuentren adscritos.

- Hospitales Generales de Especialidades, que tendrán la consideración de Hospitales de referencia para la asistencia especializada que requiere abarcar más de un Área Hospitalaria. Asimismo, asumirán las funciones de Hospital General Básico para el Área Hospitalaria a la cual se encuentre adscrito.
- Cada una de las Áreas de Salud a las que se refiere el artículo 9 de la ley 8/1986, de 8 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud, contará con un Hospital de Especialidades.

Los Hospitales Generales podrán estar integrados por distintos Centros, cuya denominación se ajustará a sus funciones asistenciales y con referencia, en todo caso, al Hospital General en el que se integren. A los Hospitales Generales podrán ser adscritos orgánicamente Centros cuya función asistencial tenga por finalidad una atención que requiera una media o larga estancia.

En función de las necesidades de la Atención Especializada, el personal sanitario del Área Hospitalaria prestará sus servicios profesionales tanto en el Hospital como en los demás Centros Asistenciales del Área, de acuerdo con la normativa legalmente establecida.

#### ▪ **Órganos Unipersonales y Comisión de Dirección**

Tendrán consideración de órganos unipersonales de Dirección:

- La Gerencia del Hospital, que depende jerárquica y funcionalmente de la correspondiente Gerencia Provincial del Servicio Andaluz de Salud.
- Dependiendo directamente de la Gerencia existirán:
  - La Dirección Médica
  - La Dirección de Enfermería
  - La Dirección Económica-Administrativa
  - La Dirección de Servicios Generales
- Excepcionalmente podrán crearse los puestos de Subdirector-Gerente y Subdirector de las Direcciones mencionadas, cuando las necesidades funcionales y estructurales así lo requieran.
- Como órgano cualificado existirá la Comisión de Dirección del Hospital, integrado por los titulares de cada uno de los órganos de dirección mencionados, bajo la presidencia del Director-Gerente.

#### ▪ Estructura de los Órganos de Dirección

- La Gerencia y las Direcciones de Servicios Generales y Económico-Administrativos, cuentan con la siguiente estructura:
  - El Servicio
  - La Sección
  - La Unidad
- Al frente de cada Servicio, Sección y en su caso Unidad existe un Jefe como órgano unipersonal.
- Los Jefes de Servicio, Sección y Unidad dependen jerárquicamente del Director correspondiente, directamente o a través del jefe de Servicio y Sección respectivo.
- El número, composición y denominación de los diferentes Servicios, Secciones y Unidades se adaptan a las condiciones específicas de cada Hospital y Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo y a las necesidades del Área Hospitalaria correspondiente.
- Todos los Hospitales contarán con las siguientes unidades administrativas, adscritas directamente al Director-Gerente:
  - Relaciones laborales
  - Información y Atención al Usuario
  - Admisión, Estadística y Archivo de Historias Clínicas
- Adscrito al Director Gerente y dependiendo de la complejidad y necesidades del Hospital, existe una Unidad, Sección o Servicio de Informática.
- La unidad de Relaciones laborales desarrollará la política de personal definida por el Director- Gerente y la Comisión de Dirección, en el marco de la política general de personal fijada por los Órganos competentes, sin perjuicio de las facultades que correspondan a otras Direcciones.
- La unidad de Información y Atención al Usuario será responsable de la información y tutela al usuario, y de atender y garantizar la tramitación de las reclamaciones que se puedan producir.
- La unidad de Admisión, Estadística y Archivo de Historias Clínicas será responsable del control y regulación funcional de las admisiones para hospitalización, consultas externos y urgencias, del mantenimiento y control de los registros administrativos clínicos de pacientes y de la organización del archivo de historias clínicas, así como de la comunicación a las instancias correspondientes de la información estadística que proceda.



#### ▪ Estructura de la Dirección Médica

- Las unidades asistenciales adscritas al Director Médico son las de Especialidades Médicas, Quirúrgicas y Médico-Quirúrgicas, así como las de apoyo a las mismas.
- Los responsables de las unidades médicas, Quirúrgicas y Médico-Quirúrgicas pueden tener el nivel de Jefe de Servicio o de Sección. Los Jefes de Servicio están bajo la dependencia inmediata del Director Médico y los Jefes de Sección dependen del Jefe de Servicio correspondiente o, en su caso, del Director Médico.
- Cuando las necesidades asistenciales lo determinen, pueden constituirse unidades interdisciplinarias donde los facultativos de distintas especialidades desarrollen sus funciones, a tiempo parcial o completo.
- Los Jefes de Servicio y/o Sección son responsables de la organización de la asistencia de la especialidad correspondiente en el Área Hospitalaria a la que esté adscrito el Servicio o Sección, y del cumplimiento de los objetivos asistenciales del mismo, dentro de los criterios marcados por la Comisión de Dirección y el Director Médico, garantizando la correspondiente responsabilidad y autonomía a los respectivos estamentos en aquellas funciones que les sean propias, todo ello sin perjuicio de lo establecido para los Dispositivos Específicos de Apoyo a la Atención Primaria.

#### ▪ Órganos Asesores

Todos los Hospitales cuentan con los siguientes órganos asesores:

- La Junta del Hospital y Centros Periféricos de Especialidades adscritos, como órgano asesor de la Gerencia
- La junta Facultativa, como órgano asesor de la Dirección Médica
- La junta de Enfermería, como órgano asesor de la Dirección de Enfermería

#### ▪ Junta del Hospital

La composición de la Junta del Hospital será:

- Presidente: Director-Gerente
- Vicepresidente: Uno de los Directores del Hospital, nombrado por el Director-Gerente
- Vocales: Los demás Directores que integren la Comisión de Dirección del Hospital
- Dos facultativos especialistas elegidos por la votación directa entre el personal facultativo del Centro
- Dos vocales elegidos por votación entre el personal de enfermería (personal Auxiliar Sanitario y Auxiliar de Clínica)

- Dos vocales elegidos por votación directa entre el personal de la función administrativo
- Dos vocales elegidos por votación entre el resto del personal no sanitario
- Dos vocales elegidos por votación directa por el Comité de Empresa
- Un representante elegido por los facultativos residentes de formación postgraduada de la Institución

La Junta del Hospital y de los Centros periféricos de Especialidades crea el número de Comisiones necesarias, entre los cuales existe la Comisión de Bienestar y Atención al Usuario, la de Seguridad e Higiene en el Trabajo y la Comisión de Catástrofes.

#### **B.2.3.3.2. Decreto 462/96, de 8 de octubre, por el que se modifica el Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales**

En Ley 8/1986 se estableció el marco general en el que se debían desarrollar los Servicios de Atención Primaria y de Asistencia Especializada de la red asistencial pública integrada en este Organismo, definiéndose los criterios funcionales de integración asistencias que habrían de servir de base para la ordenación de los diferentes niveles de atención sanitaria. En este sentido, quedó constituido el Área Hospitalaria como el espacio integrador para la prestación de la asistencia especializada, integrando funcionalmente al Hospital con los Centros Periféricos de Especialidades adscritos al mismo, prestando cobertura de internamiento y Atención Especializada a la población correspondiente a uno o varios Distritos de Atención Primaria.

Esta ordenación fue desarrollada y completada mediante el Decreto 105/1 986, de 11 de junio, donde quedó establecida, tanto la ordenación asistencial de la Asistencia Especializada en Andalucía, como la ordenación de los propios Hospitales, delimitándose sus diferentes órganos y estructuras colegiados de dirección, así como sus diferentes órganos de participación social y profesional.

Este incremento de los niveles de participación y de responsabilidad de los profesionales sanitarios en la gestión de la sanidad pública es un compromiso expreso en la política sanitaria del Gobierno Andaluz y debe traducirse necesariamente en cambios organizativas de los Hospitales que permitan incrementar la representatividad de aquéllos en los órganos colegiados de los Hospitales, profundizar en sus mecanismos de elección democrática, incrementar su responsabilidad y adecuar sus funciones a los necesidades actuales y futuras de la gestión de los Servicios de Salud.

En este Decreto se introducen los cambios necesarios de los órganos asesores colegiados que constituyen el Hospital, fomentando su legitimidad y dotándolos de capacidad de decisión ejecutiva que redunde en una mayor corresponsabilidad de los profesionales en la gestión asistencias de los mismos, sin perjuicio de los principios de eficacia y jerarquía que deben presidir las actividades de la Administración Sanitaria Pública.

#### ▪ Juntas Facultativas de las Áreas Hospitalarias

En los Hospitales y Centros Periféricos de Especialidades incluidos se constituye una Junta Facultativa, como órgano colegiado de participación dependiente de la Dirección Médica, cuya composición podrá variar según las necesidades y características de los servicios y unidades integradas en la mencionada dirección. La Junta estará presidida por el Director Médico del Hospital, y actuará como secretario, con voz pero sin voto, el Director Económico-Administrativo del Hospital.

La Junta Facultativa se compondrá de un número de vocales a determinar, que se distribuirán entre los siguientes Áreas Funcionales:

- Área Quirúrgica
- Área Médica (incluyendo Salud Mental)
- Área de Tocoginecología y Pediatría
- Área de Anestesiología, Cuidados críticos y Emergencias
- Área de Servicios Generales

Se designarán un mínimo de tres vocales por cada una de las áreas funcionales, siendo, al menos uno de ellos Jefe de Servicio o responsable de unidad asistencias. Los representantes de las Áreas Funcionales serán elegidos por votación directa y secreta de todos los facultativos que compongan dichos Áreas.

También serán vocales de la Junta Facultativa:

- Un representante de los facultativos residentes en período de formación postgraduado, si los hubiere, elegido entre ellos por votación directa y secreta.
- Un facultativo de Atención Primaria de Salud de los Distritos que se relacionan asistencialmente con el Hospital, y elegido por votación directa y secreta entre los facultativos de los Distritos.
- Un representante de los facultativos especialistas no jerarquizados del Área Hospitalario, si los hubiere, elegido por votación directa y secreta entre los miembros de este colectivo.

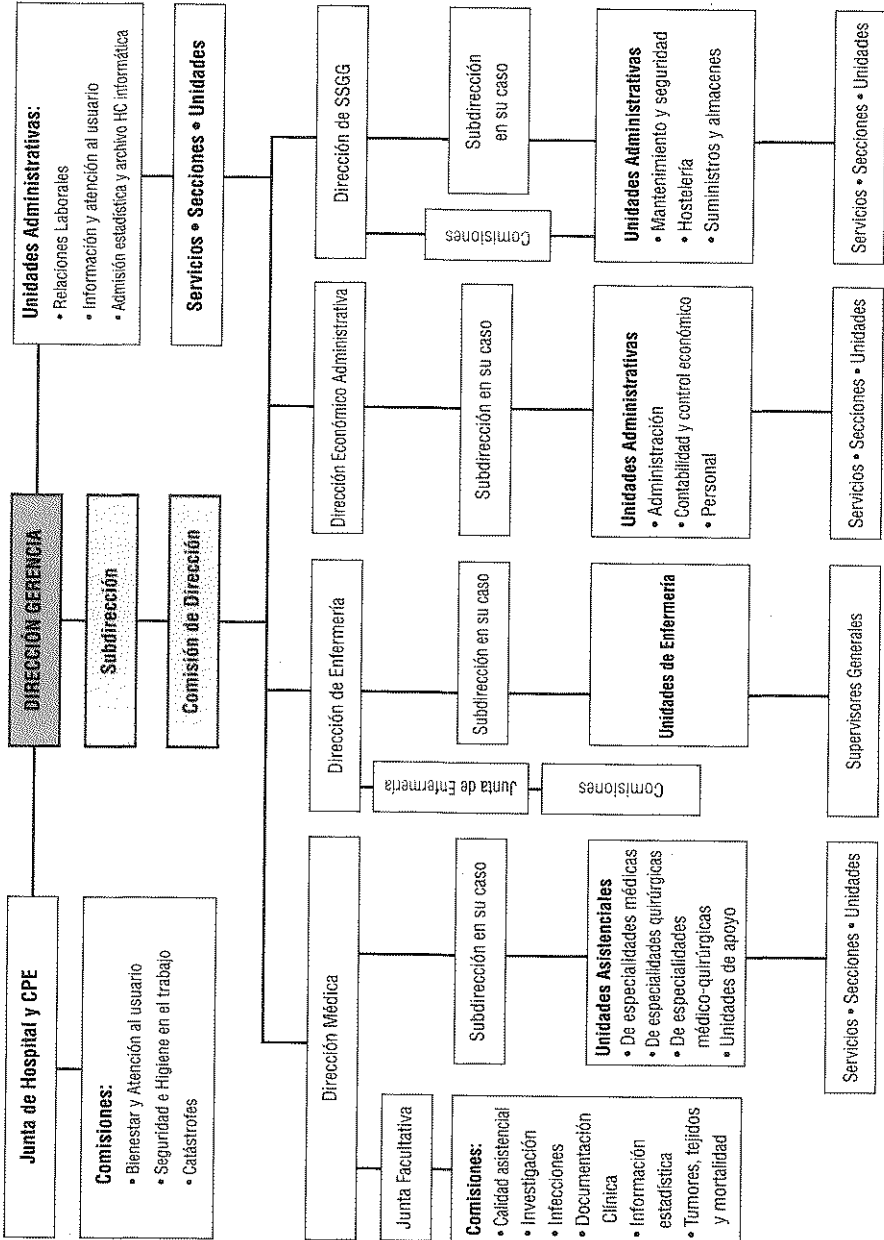
- Los Subdirectores Médicos del Área Hospitalario.
  - El Director de Enfermería del Hospital, con voz pero sin voto.
- **Comisiones dependientes de las Juntas Facultativas**

La Junta Facultativa elaborará un programa de evaluación de la calidad asistencial del Hospital, para lo cual determinará el número de Comisiones que considere necesarias, de acuerdo con la complejidad del Hospital y de los Centros adscritos al mismo. Existirán, al menos, las siguientes Comisiones dependientes de la Junta Facultativa:

- Comisión de Calidad Asistencial
- Comisión de Investigación
- Comisión de Infecciones
- Comisión de Documentación clínica, información y estadística
- Comisión de Tumores, tejidos y mortalidad

Cuando la complejidad del Hospital o de un determinado asunto así lo requiera, la Junta Facultativa propondrá la creación de las Comisiones Asesoras Consultivas que se estimen convenientes. Dichas Comisiones dependerán de la Junta Facultativa, y su composición y funciones se determinarán, a propuesta de ésta, por el Director Médico del Hospital.

Figura 2. Estructura de los Hospitales andaluces



### **B.2.3.3.3. Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía**

(...) El artículo 10.13 de la Ley 14/19861 de 25 de abril, General de Sanidad, que tiene la condición de norma básica, establece el derecho de los ciudadanos a la libre elección de médico, de acuerdo con las disposiciones que se dicten para su desarrollo.

En base a la atribución de competencias a nuestra Comunidad Autónoma en materia de sanidad y como primer paso para hacer efectivo el derecho a la libre elección de médico, se aprobó el Decreto 257/1994, de 6 de septiembre, posibilitando el ejercicio del derecho o la libre elección de médico general y pediatra en el nivel primario de atención. Transcurrido un período de tiempo razonable, que ha permitido la consolidación de este derecho, se hace necesario continuar avanzando en el proceso de facilitar una relación individual y personalizada entre los usuarios y los propios facultativos y servicios asistenciales.

El presente Decreto culmina el establecimiento del derecho o la libre elección de médico, extendiendo éste a la asistencia especializada.

Del mismo modo se da cumplimiento a uno de los objetivos fijados en el Plan Andaluz de Salud, aprobado por el Consejo de Gobierno el 15 de junio de 1993. La libre elección de médico que, a partir del presente Decreto, va a poder ejercerse en Andalucía en los dos niveles de atención sanitaria, supone colocar al usuario en una posición activo en su relación con los servicios sanitarios, siendo una de las fórmulas más eficaces de participación de los ciudadanos en el control de la calidad de dichos servicios y por tanto un valioso indicador para la autoridad sanitaria responsable de la organización de los mismos.

A continuación, algunos artículos de este Decreto que pensamos pueden ser de interés en este momento.

**Artículo 2.** El usuario podrá elegir al facultativo especialista u hospital público para las siguientes actuaciones:

- Consultas programadas médicas
- Consultas programadas quirúrgicas
- Procedimientos terapéuticos médicos
- Procedimientos terapéuticos quirúrgicos
- Servicios y Unidades de diagnóstico, para aquellas pruebas que sean indicadas por el facultativo responsable

**Artículo 3.1.** Con carácter general, el derecho a que se refiere el presente Decreto podrá ser ejercido por aquellos usuarios de los servicios de Atención Primaria que, a juicio del facultativo responsable de su asistencia, precisen asistencia especializada, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Artículo 3.2.** La elección lo realizará el usuario individualmente, a través del médico de Atención Primaria. A estos efectos, los Centros de Atención Primaria dispondrán de la información suficiente para que los usuarios puedan ejercer este derecho. Dicha información comprenderá, al menos, la referida o especialistas que puedan ser objeto de elección, lugares y horarios de consulta y tiempos, de espera. Asimismo, el Centro de Atención Primaria deberá facilitar al usuario, al menos, la primera cita.

**Artículo 4.1.** La elección realizada se mantendrá durante todo el proceso patológico de que se trate y en casos de procesos de largo duración, por un período mínimo de doce meses, salvo que el Servicio Andaluz de Salud, si existieron causas que lo justifiquen, previa solicitud del interesado, autorizara el cambio de médico especialista u hospital antes del plazo establecido.

**Artículo 4.2.** No será posible la elección simultánea de varios facultativos u hospitales para el mismo proceso patológico.

#### **B.2.3.3.4. Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía**

(...) El presente Decreto pretende garantizar unos plazos máximos de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que serán variables en función de los procedimientos quirúrgicos de que se trate, y que, caso de superarse, supondrán que la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía, deberá abonar la intervención quirúrgica en el centro privado que elija el paciente.

Así mismo, se pretende que las garantías de respuesta quirúrgica en un futuro próximo, se extiendan a la atención en los procesos diagnósticos y en las consultas de especialidades de la red sanitaria pública, con la finalidad de ir marcando una pauta clara, para que no haya retrasos en el establecimiento del diagnóstico y tratamiento de los pacientes que necesitan asistencia especializada.

A continuación, algunos artículos de este Decreto que pensamos pueden ser de interés en este momento.

**Artículo 2.** Beneficiarios. Serán beneficiarios de la garantía establecida en este Decreto, las personas incluidas en el apartado 1 del artículo 3 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, que se encuentren inscritas en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para las intervenciones quirúrgicas programadas previstas en el Anexo 1 del presente Decreto\*.

**Artículo 3.** Plazo máximo de intervención quirúrgica.

Las intervenciones quirúrgicas que se precisen para la atención de los procedimientos quirúrgicos relacionados en el Anexo 1 de este Decreto, deberán realizarse en un plazo no superior a los 180 días naturales, contados desde la fecha de presentación por el paciente, o persona autorizada para ello, del documento de inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, sin perjuicio de que se aprueben plazos de respuesta inferiores para determinadas intervenciones, de acuerdo con lo establecido en la Disposición Adicional Quinta de este Decreto.

**Artículo 4.** Sistemas de garantías

**Artículo 4.1.** La Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía podrá ofertar cualquiera de los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía o centros concertados, a fin de garantizar el tiempo máximo de respuesta.

**Artículo 4.2.** A los efectos establecidos en el apartado anterior, la Administración Sanitaria pondrá a disposición de los ciudadanos, información sobre los tiempos de espera quirúrgicos en los distintos centros y servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Artículo 11.** Incumplimiento del plazo máximo.

**Artículo 11.1.** De acuerdo con lo previsto en la letra m del apartado 1 del artículo 6, en relación con el apartado 2 del artículo 9 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, transcurridos los plazos de respuesta establecidos, el paciente podrá requerir el tratamiento en un centro sanitario privado.

---

\* Artículo completo, así como Anexos, disponibles en la *web*

[http://www.esalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=normas\\_reguladoras3](http://www.esalud.junta-andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=normas_reguladoras3)



**Artículo 11.2.** En el supuesto previsto en el apartado anterior, la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía estará obligada al pago de los gastos derivados de la intervención quirúrgica al centro elegido, en las condiciones establecidas en el presente Decreto.

**Artículo 12.** Intervenciones quirúrgicas excluidas de la obligación de pago.

**Artículo 12.1.** A efectos de este Decreto, la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía no asumirá los gastos de las intervenciones quirúrgicas, en los supuestos siguientes:

- a) Cuando, sin perjuicio de lo establecido en la legislación sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, las intervenciones quirúrgicas se realicen en centros, en los que desarrollen su actividad médicos del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de la especialidad correspondiente al procedimiento quirúrgico indicado.
- b) En los casos de intervenciones quirúrgicas distintas a las que originó su inscripción en el Registro de Demanda Quirúrgica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

**Artículo 14.** Gastos de desplazamiento.

Los gastos de desplazamiento de un enfermo, a un centro situado en localidad distinta a la de donde se indicó su intervención, así como los gastos de desplazamiento y dietas del acompañante, serán abonados por la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía en concepto de indemnización, de acuerdo con las tarifas recogidas en la normativa vigente. Quedan excluidos del abono de los gastos de desplazamiento y dietas, los casos contemplados en el apartado 1 del artículo 12 del presente Decreto.

**Disposición adicional primera.** Intervenciones de carácter urgente.

Las intervenciones quirúrgicas que, según criterio facultativo, tengan carácter urgente y vital, se practicarán con la celeridad que la práctica clínica aconseje en cada caso.

**Disposición adicional segunda.** Extracción y trasplante de órganos. Quedan excluidas del ámbito de aplicación de este Decreto, las intervenciones quirúrgicas de extracción y trasplante de órganos, cuya realización dependerá de la disponibilidad de órganos de donantes.

## B.3. Gestión innovadora de la Asistencia Sanitaria

### B.3.1. Gestión por Procesos

La gestión por procesos es una estrategia de gestión enmarcada en los principios de calidad total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos a mejorar y las herramientas para la mejora. Para ello la gestión por procesos integrados intenta modificar el paradigma tradicional con el que solemos trabajar “cómo mejorar las cosas que venimos haciendo” por “para quién lo hacemos y cómo hacer correctamente las cosas correctas”.

La gestión por procesos en el sistema sanitario significa coordinar los recursos globales del sistema y ponerlos al servicio del ciudadano en el momento adecuado, para garantizarle una atención sanitaria integral, continuada y personalizada, a través de servicios eficientes y de calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas en materia de salud, y dentro de un marco de viabilidad en el SSPA.

La gestión por proceso implica los siguientes pasos: 1.- Definir la misión de la organización, su razón de ser. 2.- Elaborar el mapa de procesos de la organización y describir por separado cada uno de los procesos. 3.- Identificar los procesos clave y los responsables de proceso. 4.- Elaborar el plan de mejora continua de los procesos.

#### ■ B.3.1.1 ■ Etapas en la descripción de un proceso integrado

##### Definición global del proceso

1. Definición funcional del proceso. Se trata de definir de forma clara y práctica el proceso a través de sus funciones.
2. Límites del proceso. El proceso ha de ser continuo y fluido, con actividades y responsabilidades perfectamente definidas y concatenadas, y se trata de delimitar dónde empieza y dónde termina la secuencia de actividades relacionadas con el proceso. Se establece el límite de entrada, los límites marginales y el límite final.
3. Responsable del proceso. Es el responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo. Debe cumplir los requisitos de saber, poder y querer.

##### Destinatarios y objetivos del proceso

1. Identificación de los destinatarios del proceso y sus expectativas. Es imprescindible tener definidos los destinatarios de los servicios que suministramos, para que la adecuación de nuestras actividades a sus necesidades y expectativas sea lo más

ajustada posible. Los destinatarios pueden ser los pacientes, los familiares, profesionales de otros servicios, otras organizaciones, etc.

2. Definición de objetivos, flujos de salida y características de calidad de los productos intermedios y finales del proceso. Los objetivos y flujos de salida se pueden considerar como la adecuación de los servicios sanitarios a las necesidades y expectativas del usuario.

### ■ B.3.1.2 ■ Determinación de componentes del proceso

1. Elementos que intervienen y recursos necesarios para el cumplimiento del proceso. Se pueden agrupar en las siguientes categorías: Responsable, personas que realizan actividades, recursos materiales y humanos (fungibles, inventariables y personal), y unidades de soporte.
2. Definición de la actividades en un diagrama de las seis palabras (qué, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué) y determinación de las características de calidad. En este último aspecto se intentará incorporar evidencia científica sobre normas de asistencia, guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados o vías críticas. La descripción y requisitos de calidad de las actividades deberán referirse a sistemas de acreditación (Normas ISO, JCHO, etc.).

### ■ B.3.1.3 ■ Representación gráfica del proceso

Diagramas de flujos del proceso. Mapeado de los procesos según la metodología *Integration Definition for Function Modelling (IEDF)*, mediante la flujogramación por niveles: arquitectura de nivel 0 (representación global de la organización en conjunto); nivel 1 (proceso de atención concreto); nivel 2 (fragmentación en subprocesos); nivel 3 (modelo de representación de las actividades de cada subproceso y responsable de ejecución); nivel 4 (representación operativa con la secuencia temporal incluida).

### ■ B.3.1.4 ■ Evaluación del proceso

Se procederá al diseño del sistema de evaluación mediante la definición de indicadores que cumplan con los requisitos de relevancia, agilidad, flexibilidad, fiabilidad, integración y comparabilidad.

#### **Estructuración de indicadores en:**

- Indicadores de proceso: Quedan acotados a las propias fases y actividades del proceso.

- Indicadores de resultado:
  - De efectividad: Miden la manera que un proceso impacta en los usuarios.
  - De satisfacción: Valoran la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios.
  - De eficiencia: Relacionan cuantía de recursos de un proceso para un nivel de eficacia.
- Elaboración de indicadores, según: denominación, definición de términos, tipo de indicador, fundamento, población del indicador, datos a recoger y fuentes, estándares disponibles, periodicidad y demora de presentación.

#### ■ B.3.1.5 ■ Método de mejora de un proceso

Tiene que estar previsto un Plan de Mejora que garantice: Poder controlar el proceso (que se mantenga dentro de los límites de calidad previstos) y que se trabaje en la Mejora Continua del Proceso (buscar constantemente elevar el nivel de calidad). Para contar con la información necesaria, es preciso que el diseño de indicadores de evaluación del proceso esté enfocado de forma correcta (visión centrada en la calidad).

El Control del proceso se realiza midiendo la satisfacción de los usuarios, si los profesionales del sistema consideran que el proceso ha mejorado su trabajo, si la efectividad del proceso es la deseada, y si la accesibilidad del usuario está conseguida. Es importante saber si el proceso está en los márgenes de variabilidad deseables, para ello contamos con los estándares (niveles deseables).

Por último contaríamos con un sistema de monitorización de indicadores que proporciona el control y mejora de la calidad de un proceso mediante: Diseño permanente de la Mejora Continua del Proceso, basado en la evaluación continua de todos los aspectos que conforman el proceso, e intervención ante problemas de calidad, mediante la identificación de los problema, priorización, análisis de las causas, análisis de las soluciones y diseño de la intervención, reevaluación y en definitiva mejora del proceso.

#### ■ B.3.1.6 ■ Procesos asistenciales diseñados

**Bajo esta metodología han sido diseñados hasta ahora los siguientes procesos asistenciales:**

- 1. Ataque Cerebro Vascular
- 2. Atención al paciente pluripatológico
- 3. Cáncer de cervix y de útero
- 4. Cáncer de mama
- 5. Catarata
- 6. Cefaleas

- 7. Colecistitis, coleditiásis
- 8. Cuidados paliativos
- 9. Dolor Torácico
- 10. Dolor abdominal
- 11. Diabetes
- 12. Demencias
- 13. Embarazo, parto y puerperio
- 14. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- 15. Fractura de cadera
- 16. Hiperplasia prostática benigna / Cáncer de Próstata
- 17. Insuficiencia cardiaca
- 18. Patología osteoarticular crónica
- 19. Síndrome de ansiedad, depresión y somatizaciones
- 20. VIH-Sida

### **B.3.2 Gestión por Competencias**

---

La Línea Estratégica de Desarrollo de los Profesionales del Plan de Calidad plantea como objetivo general que la Gestión de Personas en todas las organizaciones del sistema sanitario se debe convertir en inductora y facilitadora de la estrategia de renovación y cambio que se plantea.

La gestión de personas es uno de los aspectos de la gestión estratégica más complejo y sensible, y se constituye en el elemento determinante del éxito final en tanto en cuanto el/la profesional es una pieza clave, mucho más que tecnologías, formas de trabajo, etc. para conseguir el objetivo final que es la calidad de servicio al ciudadano.

Esta línea estratégica se plantea como objetivos:

- 1. Dotar al Sistema Sanitario Público de los profesionales adecuados desde una perspectiva de hoy para el futuro.
- 2. Definición del entorno laboral seguro y saludable.
- 3. Gestión adecuada y eficiente de los recursos humanos.
- 4. Modelo de incentivación-motivación.
- 5. Comunicación interna.
- 6. Plan Especial para los gestores.
- 7. Analizar el marco de viabilidad jurídico-legal que permita la flexibilidad del sistema para la implantación del cambio.

Las áreas de trabajo propuestas son los Mapas de Competencias (determinados por los procesos asistenciales y que contemplan competencias de conocimiento, habilidad y actitud), el Modelo Incentivo-Motivacional y el Plan de Comunicación Interna.

Las competencias se refieren a los comportamientos que se llevan a cabo cuando se ponen en práctica los conocimientos, las aptitudes y rasgos de personalidad. Se las puede definir como características subyacentes en una persona, que están causalmente relacionadas con un desempeño bueno o excelente en un puesto de trabajo. Este enfoque presenta una serie de ventajas que facilita la toma de decisiones en el área de desarrollo de personas. Es así como:

- Permite focalizar los esfuerzos de toda la organización hacia los resultados.
- Posibilita el uso de un lenguaje común en la organización, ya que al hablar de comportamientos observables que permiten tener un buen rendimiento en el trabajo es más sencillo que el responsable del área de desarrollo de personas y el resto de la organización se pongan de acuerdo.
- Puede ser un factor predictor del comportamiento de los profesionales en la medida que se conozcan sus competencias ya sea al momento de su incorporación a la organización o se hayan estudiado como parte de una estrategia de desarrollo de personas.
- Facilita la comparación entre el perfil de exigencias del puesto y el perfil de competencias del profesional.

Por estas razones se la define como una filosofía de gestión integrada de recursos humanos de la que participan todos los procesos de gestión de personas, que se operativiza en el trabajo diario; que facilita la generación de valor añadido en términos de conocimiento; que aporta al profesional el máximo nivel de empleabilidad posible y que se convierte en un elemento importante de cohesión interna.

- Conocimientos: tanto los técnicos como los referidos a las relaciones interpersonales que posee la persona.
- Habilidades: Capacidad de la persona para lleva a cabo un determinado tipo de actividad.
- Actitudes: es lo que la persona piensa, valora, hace o está interesada en hacer por ejemplo orientación al trabajo en equipo.

A continuación se indica a modo de ejemplo una serie de aspectos a considerar en cada una de las competencias en personal facultativo:

**Cuadro 8. Ejemplos de aspectos a considerar en la gestión por competencias**

Competencia		
Conocimientos	Habilidades	Actitudes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organización y legislación sanitaria</li> <li>Derechos y deberes de los usuarios</li> <li>Educación para la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informática, nivel usuario</li> <li>Capacidad de relación interpersonal</li> <li>Capacidad de trabajo en equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actitud de aprendizaje y mejora continua</li> <li>Orientación al cliente</li> <li>Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a las necesidades de los demás, disponibilidad y accesibilidad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informática, nivel usuario</li> <li>Formación básica en prevención de riesgos laborales</li> <li>Soporte vital avanzado cardiológico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica</li> <li>Visión continuada e integral de los procesos</li> <li>Adecuada utilización de los recursos disponibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación a resultados</li> <li>Responsabilidad</li> <li>Flexible, adaptable al cambio</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prestaciones del SNS</li> <li>Cartera de servicios del SSIPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad docente</li> <li>Capacidad para delegar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Honestidad, sinceridad</li> <li>Capacidad de asumir compromisos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación</li> <li>Metodología de la investigación nivel básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad para promover y adaptarse al cambio</li> <li>Comunicación escrita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positivo</li> <li>Sensatez</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicina basada en evidencia: aplicabilidad</li> <li>Metodología de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar apoyo</li> <li>Gestión del tiempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discreción</li> <li>Autocontrol, autoestima, autoimagen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificación, programación actividad asistencial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicación de técnicas básicas de investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creatividad</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de objetivos y resultados: DPO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colaborador, cooperador</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas de evaluación sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de liderazgo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dialogante, negociador</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Metodología en gestión de procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de escuchar, incorporar aportes y estimular el compromiso, capacidad de motivar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Juicio crítico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inglés nivel básico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidad negociadora y diplomática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolutivo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tecnologías para la información y las comunicaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manejo de telemedicina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Generar valor añadido</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección de equipos de trabajo, gestión de personas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre</li> <li>Capacidad para tomar decisiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visión de futuro</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alfrentamiento del estrés</li> </ul>	

### **B.3.3. Medicina Basada en la Evidencia\***

---

El importante desarrollo de la medicina desde el punto de vista científico así como la disponibilidad cada vez mayor de herramientas y sistemas de información que permiten difundir los conocimientos y los avances incluso a tiempo real, favorece la difusión de la evidencia científica que a su vez, puede constituir un mecanismo de mejora de la calidad asistencial con un potencial para la salud de los ciudadanos, casi ilimitado.

#### **■ B.3.3.1 ■ Qué es la Medicina Basada en la Evidencia**

La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) requiere la integración de la maestría clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible derivada de la investigación sistemática.

##### **Maestría clínica individual**

El dominio creciente del conocimiento y el juicio que cada clínico adquiere a través de la experiencia clínica y de la práctica clínica.

Se refleja especialmente en un diagnóstico más efectivo y más eficiente, y en una identificación más completa y una utilización más sensible de los problemas, derechos y preferencias de cada paciente a la hora de tomar decisiones clínicas sobre su asistencia.

##### **Mejor evidencia clínica disponible**

La investigación clínicamente relevante, a menudo procedente de las ciencias básicas de la medicina, pero especialmente de la investigación clínica centrada en los pacientes y que se realiza sobre la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas (incluida la exploración física), el poder de los marcadores pronósticos y la eficacia y la seguridad de los regímenes terapéuticos, rehabilitadores o preventivos.

La evidencia clínica externa tiene un corto período de duplicación, y puede invalidar pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados e incluso reemplazarlos por otros nuevos que sean más poderosos, más exactos, más eficaces y más seguros.

---

\* Esta sección del capítulo ha sido elaborada a partir de materiales docentes de José Francisco García Gutiérrez. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.



Los buenos médicos utilizan a la vez la maestría clínica y la mejor evidencia externa disponible, y ninguna se basta por sí sola.

Sin la primera, los riesgos de la práctica son tiranizados por las evidencias externas, porque hasta las evidencias externas calificadas como excelentes pueden ser inaplicables o inapropiadas para un paciente concreto.

Sin la segunda, los riesgos de la práctica quedan desfasados en seguida, en detrimento del paciente.

La Medicina Basada en la Evidencia requiere un enfoque de abajo a arriba que integre las mejores evidencias externas con la maestría clínica individual y las preferencias del paciente.

Las evidencias clínicas externas pueden conformar, pero nunca sustituir a la maestría clínica, y es esta maestría la que debe decidir si las evidencias externas son aplicables al paciente individual y, si así ocurriera, cómo deben integrarse en una decisión clínica.

De la misma forma, toda directriz externa debe ser integrada con la maestría clínica individual para decidir si se ajusta y de qué manera con la situación clínica, las dificultades y las preferencias del paciente y así decidir si se debe aplicar.

Los clínicos que temen los “libros de recetas” encontrarán que aquellos que abogan por la Medicina Basada en la Evidencia les secundan en todos los frentes.

Medicina Basada en la Evidencia no es medicina para “reducir costes”. Algunos temen que la Medicina Basada en la Evidencia sea secuestrada por compradores y gestores para recortar los costes de la asistencia sanitaria. Esto no sólo sería una mala utilización de la Medicina Basada en la Evidencia, sino que pondría de manifiesto la existencia de un error fundamental en la comprensión de sus posibles consecuencias económicas. Cuando se dirige hacia el beneficio de pacientes individuales, la Medicina Basada en la Evidencia identifica y aplica las intervenciones más eficaces para maximizar la calidad y cantidad de vida de los pacientes, y esto puede aumentar más que disminuir los costes de su asistencia.

La Medicina Basada en la Evidencia no se restringe a los ensayos *randomizados*. Practicar Medicina Basada en la Evidencia consiste en localizar las mejores evidencias externas con las que responder a nuestras preguntas clínicas:

- Sobre pruebas diagnósticas: estudios transversales adecuados realizados en pacientes sospechosos de padecer el trastorno de interés (no ensayos *randomizados*).
- Sobre pronóstico: estudios de seguimiento establecidos en un punto precoz y uniforme del curso clínico de la enfermedad.
- En otras ocasiones, las evidencias que necesitamos procederán de ciencias básicas como la genética o la inmunología.
- Es al preguntarnos sobre el tratamiento cuando debemos intentar evitar enfoques no experimentales, ya que de forma habitual éstos llevan a conclusiones falsamente positivas sobre la eficacia.
- Los ensayos *randomizados* y las revisiones sistemáticas (*systematic reviews*) son el “patrón oro” para juzgar si un tratamiento induce más beneficio que daño.
- Sin embargo, ciertas preguntas sobre tratamientos no requieren ensayos *randomizados* (intervenciones que son beneficiosas para afecciones que serían mortales en cualquier otro caso), o bien no se puede esperar a que se lleven a cabo los ensayos.

### ■ B.3.3.2 ■ Aplicación de la Medicina Basada en la Evidencia

Cuando la asistencia a nuestros pacientes crea la necesidad de información, hay que:

- Convertirla en preguntas susceptibles de respuesta.
- Localizar eficientemente la mejor evidencia en:
  - historia clínica / exploración física
  - diagnósticos de laboratorio
  - publicaciones (“evidencias de la investigación”)
  - otras fuentes
- Evaluar críticamente la evidencia en términos de validez (aproximación a lo “correcto”) y utilidad (aplicabilidad clínica).
- Aplicar los resultados de la evaluación crítica (*critical appraisal*) a la práctica clínica.
- Evaluar nuestro rendimiento.

## B.4. Definición de las características de la especialidad, medios y recursos para su desempeño

La definición de las características de cada especialidad se realizará de manera sucinta teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Objetivos de la especialidad
- Tipo de patologías que se atienden
- Datos y fuentes epidemiológicas de morbimortalidad
- Características clínicas y sociales de los pacientes que se atienden a la especialidad

Las consultas en los centros de Atención Primaria y Atención Especializada se realizarán con arreglo a los siguientes criterios: rapidez, calidad, eficacia, coordinación y eficiencia.

### B.4.1. Recursos Humanos

---

Se entiende como recursos humanos el personal necesario para desarrollar las funciones asignadas dentro de una unidad:

- Facultativos Especialistas
- Personal de Enfermería (supervisora, enfermeras de base)
- Personal Auxiliar de Enfermería
- Personal Auxiliar de Servicio
- Personal Auxiliar Administrativo
- Celadores
- Personal de Servicios Generales del resto del hospital

### B.4.2. Recursos Materiales

---

#### ■ B.4.2.1 ■ Infraestructura

Espacio Físico donde se encuentra el Área de trabajo del Facultativo y su equipo, es conveniente mencionarlo ordenadamente es decir primeramente considerar desde el edificio a la unidad específica en la que se presta las atenciones, señalando además aquellas que se necesitan como apoyo.

#### **B.4.2.1.1. Infraestructura hospitalaria**

- Edificio del hospital
- Área de hospitalización o cirugía
- *Boxes* de hospitalización o quirófanos
- Control de Enfermería
- Despachos (Jefe de Servicio, facultativos especialistas de área- medico adjunto, supervisora de enfermería)
- Sala de reuniones
- Área de material fungible
- Área de Lencería
- Área de Farmacia
- Área de almacenamiento de aparatos diagnósticos, de tratamiento y mantenimiento vital

#### **B.4.2.1.2. Infraestructura de Atención Primaria**

La actividad asistencial la realiza el facultativo en el área de consultas médicas, pero existen otras indispensables para una atención adecuada:

- Consulta de Enfermería
- Salas de cura y cirugía ambulatoria
- Sala de inyectables
- Zona destinada a las urgencias
- Área de recepción y administración
- Área de apoyo a la Atención Primaria
- Área de Formación e investigación
- Área de atención a la mujer
- Área de atención a adultos y de población pediátrica
- Salas de espera
- Laboratorio
- Radiodiagnóstico

#### **■ B.4.2.2 ■ Recursos físicos y equipamiento**

Fonendoscopios, electrocardiógrafos, ecógrafos, monitores cardíacos, camas, colchones antiescaras, soportes de botes de suero, mesas, sillas, camilla para exploraciones, báscula, tallímetro, material para exploraciones, carros de curas, etc.

## C. Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo.

### Nivel de responsabilidad del personal facultativo médico

<b>C.1. Responsabilidades generales</b> .....	155
▪ C.1.1. Responsabilidad jerárquica .....	155
C.1.1.1. En Atención Especializada .....	155
C.1.1.2. En Atención Primaria .....	155
▪ C.1.2. Responsabilidad disciplinaria .....	156
▪ C.1.3. Responsabilidad deontológica .....	157
▪ C.1.4. Responsabilidad derivada del perfil profesional y del campo de acción .....	158
▪ C.1.5. Responsabilidad administrativa .....	158
<b>C.2. Responsabilidad civil</b> .....	159
<b>C.3. Responsabilidad penal</b> .....	161
▪ C.3.1. Normativa general .....	162
<b>C.4. Derechos y deberes del ciudadano según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía</b> .....	163
▪ C.4.1. Derechos de los ciudadanos respecto a los servicios de salud .....	163
C.4.1.1. Ley General de Sanidad .....	163
C.4.1.2. Ley de Salud de Andalucía .....	164
▪ C.4.2. Obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios de salud .....	167
▪ C.4.3. Efectividad de los derechos y deberes .....	168
<b>C.5. Consentimiento informado y papel del ciudadano en los servicios sanitarios públicos en la actualidad</b> .....	169

## C. Aspectos jurídicos relacionados con el personal facultativo.

### Nivel de responsabilidad del personal facultativo médico

■ *María Álvarez Kindelán* ■ *María Cecilia Escudero Espinosa* ■ *José Manuel Soto Blanco* ■

#### C.1. Responsabilidades generales

##### C.1.1. Responsabilidad jerárquica

El nivel de responsabilidad del personal facultativo está íntimamente relacionado con la estructura orgánica de cada institución. Un profesional puede ser médico del Equipo Básico de Atención Primaria o Facultativo Especialista de Área en Atención Especializada y debe conocer quienes son sus superiores jerárquicos.

###### ■ C.1.1.1 ■ En Atención Especializada

- Director Médico: depende orgánica y funcionalmente del Director Gerente.
- Jefe de Servicio: es responsable del adecuado funcionamiento de su servicio ante la Dirección Médica.
- Jefe de Sección: es responsable de su Unidad ante el Jefe de Servicio. Existen ocasiones en las que depende directamente del Director Médico.
- Facultativo Especialista de Área (Médico Adjunto): es responsable del funcionamiento de su Unidad y de la consecución de los objetivos.
- Médico Interno Residente (MIR): es responsable de la práctica reglada de la especialidad, contribuir al logro de los objetivos de la Unidad y cumplir las normas establecidas en ésta y aquellas impuestas por la Universidad.
- Hay que añadir que con la creación de unidades multidisciplinarias se puede designar un responsable de la unidad que no tiene por qué tener la categoría de jefe de servicio.

###### ■ C.1.1.2 ■ En Atención Primaria

- Director de Distrito de Atención Primaria: depende de la correspondiente Delegación Provincial de la Consejería de Salud
- Director del Centro de Salud: depende funcional y orgánicamente del Director de Distrito

- **Facultativo Especialista en Medicina Familiar:** es responsable ante el Director del Centro correspondiente del buen funcionamiento de la asistencia y del logro de los objetivos propuestos, supervisa la labor técnica de los Residentes, funciones de docencia e investigación en el Centro y colaboración en funciones administrativas (ej.: evaluación de la calidad asistencial).
- **Médico Interno Residente:** al igual que en la Atención Especializada, este profesional es responsable de la práctica reglada de su especialidad, del cumplimiento de las normas del Centro y de la Universidad, junto a la contribución al logro de los objetivos establecidos.

### **C.1.2. Responsabilidad disciplinaria**

---

Se trata de la responsabilidad ante la Institución que lo contrata. En este caso hablamos de una Institución Pública: el Servicio Andaluz de Salud.

Es una responsabilidad de tipo administrativo como personal estatutario y por tanto sujeta a cumplir lo establecido en su estatuto como deberes profesionales (capítulo III) y en el caso de no hacerlo, ser sancionado de acuerdo al régimen disciplinario correspondiente. Ejemplos: Desde la publicación de la Ley 66/97 de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social, constituirían faltas graves o muy graves, el incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, la falta no justificada de asistencia o permanencia en el puesto de trabajo.

En líneas generales las faltas oscilan de leves a graves o muy graves y las sanciones oscilan desde amonestaciones por escrito a suspensión definitiva del servicio. Se pueden asimismo incoar expedientes disciplinarios por faltas graves y muy graves.

La facultad disciplinaria recae en el SAS, como órgano competente de la Comunidad Autónoma o bien, como norma supletoria es de aplicación, el Régimen Disciplinario de los Funcionarios de la Administración del Estado.

### C.1.3. Responsabilidad deontológica

El Código de ética y deontología médica, de 27 de Septiembre de 1999, establece en su capítulo primero:

“La Deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que inspiran y guían la conducta profesional del médico.”

“Los deberes que impone este código, en tanto que sancionados por una entidad de derecho público, obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.”

“El incumplimiento de alguna de las normas de este código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido.”

“La Organización Médica Colegial (OMC) asume como uno de sus objetivos primordiales la promoción y desarrollo de la Deontología profesional”.

En el capítulo XIII: Referido al Trabajo en Instituciones Sanitarias dice:

“El médico está obligado a promover la calidad y la excelencia de la institución en que trabaja. Secundará lealmente las normas que tiendan a la mejor asistencia de los enfermos. Pondrá en conocimiento de la dirección del Centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen esa correcta asistencia. Y si no fueran corregidas, las denunciará ante el Colegio de Médicos o a las autoridades sanitarias, antes de hacerlo a otros medios.”

“Las normas de la institución respetarán la libertad profesional del médico y señalarán que este ejerce, en el área de su competencia, una autoridad efectiva sobre el personal colaborador.”

“Se prohíbe cualquier cláusula contractual, estatutaria o reglamentaria que reconozca competente para juzgar conflictos deontológico entre médicos a quien no lo sea.”



---

#### C.1.4. Responsabilidad derivada del perfil profesional y del campo de acción

---

Figuran como tales en el programa de formación de medicina Familiar y Comunitaria, y por tanto se consideran como responsabilidades específicas del médico de familia y por tanto no extrapolables en nuestra opinión al nivel de Atención Especializada. Solo reproducimos algunos apartados más importantes de la misma.

“Las responsabilidades del médico de familia”, se pueden desglosar en:

- Atención Clínica efectiva y eficiente
- Atención integrada sobre todo el proceso de enfermar
- Orientación hacia la salud de la familia
- Orientación hacia la salud de la comunidad
- Trabajo en equipo multidisciplinar
- Desarrollo de actividades docentes
- Funciones de investigación
- Utilización del método científico

Es posible que en algún programa docente de otras especialidades se puedan encontrar apartados de los que pueden derivarse responsabilidades concretas. Sólo en este programa, probablemente por ser una especialidad joven, está más regulada.

---

#### C.1.5. Responsabilidad administrativa

---

En términos generales es la responsabilidad generada por el “mal funcionamiento” de la administración. Resulta de un daño derivado del funcionamiento correcto o incorrecto del Servicio Andaluz de Salud, con la exclusión de la fuerza mayor, pero sin excluirse el caso fortuito.

Para que exista responsabilidad administrativa debe haber “daño y relación directa con el funcionamiento de la administración, sin precisar culpa”.

Para el profesional médico es importante saber que puede verse afectado si la administración demuestra que ha incurrido el mismo en dolo, culpa o negligencia grave. Las características peculiares de la responsabilidad administrativa hacen que esta vía sea cada vez más de uso frecuente para el usuario, reclamando una cuantía económica por el daño recibido, y realizando la administración una investigación interna para aclarar si el profesional ha incurrido en dolo, culpa o negligencia grave.

## C.2. Responsabilidad civil

Jurídicamente, la relación médico-paciente es considerada como una relación contractual de forma tácita, no expresa, al no existir un consentimiento escrito por ambas partes al inicio de esta relación. Se entiende que, desde el momento en que el paciente acude a una consulta médica para ser atendido y tratado por un facultativo consiente y acepta las condiciones en las que esta asistencia debe darse. De igual forma, el facultativo debe atenerse y responder de su actuación según señalan las disposiciones y leyes que regulan los contratos civiles entre personas físicas (no jurídicas).

La responsabilidad médica se deriva, por tanto, del incumplimiento de la relación contractual por parte de éste, debiendo aceptar las consecuencias que correspondan, como en cualquier otro tipo de contrato.

A este tipo de vínculo entre personal médico y paciente le son aplicables las normas y leyes españolas de carácter general que afectan a las relaciones entre las personas físicas.

En esta materia, según dispone el artículo 1.254 del Código Civil Español, “el contrato existe desde que una o varias personas consienten en obligarse, respecto de otra u otras, a dar alguna cosa o prestar algún servicio”.

El artículo 1.261C.c. señala la existencia de relación contractual cuando concurren las siguientes circunstancias:

- Consentimiento de los contratantes
- Objeto cierto que sea materia del contrato
- Causa de la obligación que se establezca

Desde que tal contrato tácito entre médico y paciente existe, nacen una serie de obligaciones para ambas partes que han de cumplirse conforme a lo que la ley establece (art. 1.089 y 1.091 C.c.).

Los artículos 1.101, 1.104 y 1.902 C.c. regulan las responsabilidades que pueden derivarse del incumplimiento contractual por alguno de los obligados.

Art. 1.101: “Quedan sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieren en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren al tenor de aquellas”.

Art. 1.104: “La culpa o negligencia del deudor consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, del tiempo y del lugar.”

“Cuando la obligación no exprese la diligencia que ha de prestarse en su cumplimiento, se exigirá la que correspondería a un buen padre de familia.”

Art. 1.902: “El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.”

Es necesario para la existencia de culpa o negligencia:

- Existencia de una acción u omisión que pueda ser considerada una falta por la falta de diligencia, cuidado, atención o perseverancia y reflexión necesaria (Sentencias 23-03-1982 y 17-07-1987).
- Que se derive de un resultado lesivo o dañoso.
- Que existe relación de causalidad entre la acción y el resultado.

El contrato médico-paciente presenta una serie de particularidades:

- 1) Es un contrato *intuitu personae* (acto de confianza). Desde la perspectiva de un paciente, un médico no puede negarse a asistirlo.
- 2) El contrato es rescindible a instancia de cualquiera de las partes, pero el médico no podrá apartarse de éste si este hecho hace peligrar la vida del paciente.
- 3) No está sometido a forma alguna, salvo en supuestos excepcionales en que por las circunstancias de la intervención facultativa se exige un consentimiento informado (ej. Ley 30/1979 de 27 de octubre).
- 4) Tiene caracteres comunes a otros contratos, crea obligaciones para ambas partes (para el paciente en actitud pasiva y para el médico en actitud de poner, para la curación de aquél, los cuidados y técnicas precisas para lograrlo), pudiendo revestir la retribución del facultativo diversas formas: a tanto alzado, por visitas o acto médico, retribución fija periódica, etc.) y por tanto proceder de una manera directa o indirecta en la asistencia del paciente.

Asimismo, se deben señalar una serie de conceptos jurídicos y características relacionadas con esta materia, de las que se destacan:

- Actuación del agente: acción u omisión que será la causa directa del daño producido.
- Actitud antijurídica: si un sujeto realiza una acción que causa daño a otro, la conducta se presume antijurídica y el resultado dañoso, injusto.
- Culpa: es el elemento esencial que determina la existencia o no de responsabilidad extracontractual, siendo ésta una responsabilidad objetiva o por riesgo donde no se requiere la culpabilidad del causante.
- Causas excluyentes de responsabilidad civil son: la fuerza mayor, el caso fortuito, la culpa del paciente, la intervención de terceros y la falta de capacidad del agente.
- Daño o perjuicio se considera tanto los daños materiales, corporales y morales como los de lucro cesante.
- Relación de causalidad entre la acción u omisión y el daño.

### C.3. Responsabilidad penal

El Código Penal Español fue aprobado mediante Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre y en algunas de sus disposiciones se recogen aspectos o elementos constitutivos de delito o falta que afectan al cumplimiento de las obligaciones de las personas, y por tanto también a la relación existente entre médico y paciente.

En concreto, el artículo 10 dispone que: “son delitos o faltas las acciones u omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley”.

Según el artículo 20.5, está exento de responsabilidad criminal el que estando en necesidad para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:

- Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.
- Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente.
- Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

Según señala el Código Penal (art. 109), la existencia de alguna falta o delito provoca la responsabilidad civil frente al perjudicado por parte de quien lo comete, naciendo la obligación de reparar los daños y perjuicios causados, y comprendiendo, en todo caso:

- La restitución
- La reparación del daño
- La indemnización de perjuicios materiales y morales (art. 110)

En los artículos siguientes se establecen los tipos de restitución, reparación e indemnización que pueden darse así como la existencia de un elemento atenuante de esta responsabilidad por la contribución del perjudicado en el daño o perjuicio.

Por último podemos añadir que, según el artículo 123 del Código Penal las costas procesales por las actuaciones judiciales que se lleven a cabo, serán impuestas al criminalmente responsable de los delitos o faltas que se cometan.

### C.3.1. Normativa general

---

**Título III Código Penal:** “De las Penas”

**Título V:** Responsabilidad Civil derivada de los delitos y faltas y de las costas procesales

**Artículo 142:** Imprudencia médica con resultado de muerte

**Artículos 147-156:** Lesiones

**Artículo 157:** Lesiones al feto

**Artículo 143:** Eutanasia

**Artículos 159, 161, 162:** Manipulación genética y manipulación

**Artículos 144-146:** Aborto

**Artículo 196:** Omisión del deber de socorro sanitario

**Artículo 403:** Intrusismo profesional

**Artículos 220-222:** Suposición de parto y alteración de paternidad

**Artículos 397, 398:** Falsedad documental

**Artículos 359-378:** Delitos contra la salud pública

## C.4. Derechos y deberes del ciudadano según la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía

### C.4.1. Derechos de los ciudadanos respecto a los servicios de salud

Los ciudadanos son titulares y disfrutan, con respecto a los servicios sanitarios, de una serie de derechos reconocidos tanto en la Ley 14/1986 General de Sanidad como en la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía.

#### ■ C.4.1.1 ■ Ley General de Sanidad

##### Artículo 10:

- 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
- 2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
- 4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización, y por escrito, del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.
- 5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- 6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
  - a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
  - b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
  - c. Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

- 7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- 8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
- 9. Negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6; debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4, de los deberes.
- 10. A participar, a través de las Instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
- 11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.
- 12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
- 13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los centros de Salud.
- 14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
- 15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

#### ■ C.4.1.2 ■ Ley de Salud de Andalucía

La presente ley tiene, por tanto, como objeto principal la regulación de las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en Andalucía, el régimen de definición y aplicación de los derechos y deberes de los ciudadanos respecto de los servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma y la ordenación general de las actividades sanitarias en Andalucía.

##### **Artículo 6:**

- 1. Los ciudadanos, al amparo de esta ley, son titulares y disfrutan, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía, de los siguientes derechos:
  - a) A las prestaciones y servicios de salud individual y colectiva, de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

- b) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por razón alguna.
- c) A la información sobre los factores, situaciones y causas de riesgo para la salud individual y colectiva.
- d) A la información sobre los servicios y prestaciones sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- e) A disponer de información sobre el coste económico de las prestaciones y servicios recibidos.
- f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y su estancia en cualquier centro sanitario.
- g) A ser advertidos de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento que se les apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud.

En todo caso, será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la dirección del correspondiente centro sanitario.

- h) A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- i) A que se les extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando así lo soliciten.
- j) A que quede constancia por escrito o en soporte técnico adecuado de todo su proceso. Al finalizar la estancia en una institución sanitaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.
- k) Al acceso a su historial clínico.
- l) A la libre elección de médico, otros profesionales sanitarios, servicio y centro sanitario en los términos que reglamentariamente estén establecidos.
- m) A que se les garantice, en el ámbito territorial de Andalucía, que tendrán acceso a las prestaciones sanitarias en un tiempo máximo, en los términos y plazos que reglamentariamente se determinen.
- n) A que se les asigne un médico, cuyo nombre se les dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
- ñ) A la libre elección entre las opciones que les presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del paciente para la realización de cualquier intervención sanitaria, excepto en los siguientes casos:
  1. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.



2. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas, y en el caso de no existir estos, o no ser localizados, corresponderá a la autoridad judicial.
3. Cuando la posibilidad de lesión irreversible o peligro de fallecimiento exija una actuación urgente.
  - o) A disponer de una segunda opinión facultativa sobre su proceso, en los términos en que reglamentariamente esté establecido.
  - p) A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el epígrafe ñ1 de este artículo y previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 8, apartado 6 de esta Ley.
  - q) A la participación en los servicios y actividades sanitarios, a través de los cauces previstos en esta ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.
  - r) A la utilización de las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias, así como a recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente estén establecidos.
  - s) A disponer, en todos los centros y establecimientos sanitarios, de una carta de derechos y deberes por los que ha de regirse su relación con los mismos.
- 2. Los niños, los ancianos, los enfermos mentales, las personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes y las que pertenezcan a grupos específicos reconocidos sanitariamente como de riesgo tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes.
- 3. Sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación básica del Estado, los niños, en relación con los servicios de salud de Andalucía, disfrutarán de todos los derechos generales contemplados en la presente ley y de los derechos específicos contemplados en el artículo 9 de la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.
- 4. Los enfermos mentales, sin perjuicio de los derechos señalados en los apartados anteriores y de conformidad con lo previsto en el Código Civil, tendrán los siguientes derechos:
  - a) A que por el centro se solicite la correspondiente autorización judicial en los supuestos de ingresos involuntarios sin autorización judicial previa, y cuando, habiéndose producido voluntariamente el ingreso, desapareciera la plenitud de facultades del paciente durante el internamiento.
  - b) A que por el centro se reexamine, al menos trimestralmente, la necesidad del internamiento forzoso. De dicho examen periódico se informará a la autoridad judicial correspondiente.

- 5. Sin perjuicio de la libertad de empresa y respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en el apartado 1, epígrafes b), d), e), f), g), h), i), j), k), n), ñ), o), p), q), r), s), y en los apartados 3 y 4 del presente artículo, rigen también en los servicios sanitarios de carácter privado y son plenamente ejercitables.

#### **C.4.2. Obligaciones de los ciudadanos respecto a los servicios de salud**

---

##### **Artículo 8:**

Los ciudadanos, respecto de los servicios sanitarios en Andalucía, tienen los siguientes deberes individuales:

- 1. Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6, apartado 1, epígrafes ñ) y p).
- 2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los centros.
- 3. Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos ofrecidos por el sistema de salud, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de los servicios, procedimientos de incapacidad laboral y prestaciones.
- 4. Cumplir las normas y procedimientos de uso y acceso a los derechos que se les otorgan a través de la presente ley.
- 5. Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro, así como al personal que preste servicios en los mismos.
- 6. Firmar, en caso de negarse a las actuaciones sanitarias, el documento pertinente, en el que quedará expresado con claridad que el paciente ha quedado suficientemente informado y rechaza el tratamiento sugerido.

#### **C.4.3. Efectividad de los derechos y deberes**

---

##### **Artículo 9:**

- 1. La Administración de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos información suficiente, adecuada y comprensible sobre sus derechos y deberes respecto a los servicios sanitarios en Andalucía, y sobre los servicios y prestaciones sanitarias disponibles en el SSPA, su organización, procedimientos de acceso, uso y disfrute, y demás datos de utilidad.

- 2. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía garantizará a los ciudadanos el pleno ejercicio del régimen de derechos y obligaciones recogidos en esta ley, para lo que establecerá reglamentariamente el alcance y contenido específico de las condiciones de las mismas.
- 3. Todo el personal sanitario y no sanitario de los centros y servicios sanitarios públicos y privados implicados en los procesos asistenciales a los pacientes queda obligado a no revelar datos de su proceso, con excepción de la información necesaria en los casos y con los requisitos previstos expresamente en la legislación vigente.

**Artículo 10:**

Los centros y establecimientos sanitarios, públicos y privados, deberán disponer, y en su caso tener permanentemente a disposición de los usuarios:

- 1. Información accesible, suficiente y comprensible sobre los derechos y deberes de los usuarios.
- 2. Formularios de sugerencias y reclamaciones.
- 3. Personal y locales bien identificados para la atención de la información, reclamaciones y sugerencias del público.

## C.5. Consentimiento informado y papel del ciudadano en los servicios sanitarios públicos en la actualidad

Según dispone el artículo 5 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina. Consejo de Europa, 4 de abril de 1997), “no podrá llevarse a cabo intervención alguna sobre una persona en materia de salud sin su consentimiento informado y libre. Dicha persona recibirá previamente una información adecuada sobre la finalidad y naturaleza de la intervención, así como de sus consecuencias y riesgos. La persona afectada, podrá retirar su consentimiento en todo momento y con entera libertad”.

El consentimiento informado se entiende como la *autorización que otorga el paciente para que se lleven a cabo en su persona determinadas terapias o intervenciones no exentas de riesgos para su vida*. Esta información deberá ser, en términos generales, adecuada, comprensible, razonable, objetiva y suficiente tanto sobre las características de la atención que recibirá como de la necesidad y riesgos de ella. Se informará sobre los riesgos frecuentes y aquellos que se presentan con relativa poca frecuencia, siendo esta información personalizada de acuerdo a la situación de cada paciente.

Por su parte, en esta materia, el artículo 10.1 del Código Deontológico Médico, aprobado el 27 de septiembre de 1999, dispone:

“Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.”

Y, según el artículo 10.4, “cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo, el médico le proporcionará información suficiente y ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas”.

Por último, el artículo 10.5 señala que “si el enfermo no estuviese en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional”.

Según la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10.6, los ciudadanos tienen derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Siendo este derecho ejercido también con respecto a los servicios sanitarios privados. Existen textos legales que recogen el tema del consentimiento informado como una de las exigencias previas a la realización de determinados procedimientos tales como:

- Ensayos clínicos (artículo 60.4 de la Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del Medicamento).
- Extracción y trasplante de órganos (artículo 4 de la Ley 30/1979, de 27 de octubre).
- Técnicas de reproducción asistida (Ley 35/1988, de 22 de noviembre).
- Donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos (Ley 42/1988 de 28 de diciembre).

Así, el Artículo 60.4 de la Ley del Medicamento, dispone:

“Deberá disponerse del consentimiento libremente expresado, preferiblemente por escrito, o en su defecto, ante testigos, de la persona en la que haya de realizarse el ensayo después de haber sido instruida por el profesional sanitario encargado de la investigación sobre la naturaleza, importancia, alcance y riesgos del ensayo y haber comprendido la información.”

Por último, señalar el Artículo 60.5 de la Ley del Medicamento:

“En el caso de ensayos clínicos sin interés terapéutico particular para el sujeto de la experimentación, el consentimiento constará siempre por escrito.”

La información que el usuario debe recibir considera:

- 1. Técnica o procedimiento a realizar, quirúrgico o exploratorio
- 2. Riesgos que conlleva dicho procedimiento

- 3. Existencia de procedimientos alternativos
- 4. Pronóstico del proceso, de no realizarse la intervención
- 5. Incomodidades derivadas del procedimiento

Si un paciente decide no optar por ninguna de las alternativas señaladas por un profesional, debe hacerlo explícito mediante la firma del documento de alta voluntaria.

## D. IMPORTANCIA DE LAS FUNCIONES EN LA ORGANIZACIÓN

D.1. Salud como servicio esencial .....	173
D.2. Papel de los servicios sanitarios en la sociedad actual .....	174
D.3. Papel del Estado .....	175
D.4. Papel de los profesionales médicos en general y de los especialistas en particular en el contexto de la Organización Sanitaria .....	176
D.5. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada .....	177

## D. IMPORTANCIA DE LAS FUNCIONES EN LA ORGANIZACIÓN

■ José Martínez Olmos ■ Juan Manuel Jiménez Martín ■

### D.1. Salud como servicio esencial

La salud, entendida como el completo bienestar físico, social y mental de una persona, es un bien que las sociedades modernas tienden a proteger dado que la población entiende que tener salud o cuidar y tratar a los enfermos es algo así como un derecho fundamental.

Disponer de salud es un requisito para el desarrollo armónico de la vida social de una persona y junto a ello, es también un requisito para ejecutar tareas laborales que permiten que una persona esté inserta en la sociedad en la que vive y a la propia sociedad, ser económica y productivamente competitiva.

Independientemente de que la salud es un concepto que muestra cierta dificultad para su operativización y por tanto, difícilmente medible, sí que es un concepto que aún con la carga de subjetividad que a veces el individuo le pone, es un valor que en general se suele desear conseguir y que sobre todo, se suele echar en falta cuando se pierde.

Esta enorme importancia que la sociedad otorga desde siempre a la salud, explica la evolución que desde el punto de vista normativo se ha seguido en la mayor parte de los países y que ha originado que las Constituciones determinen que la salud se considera como un valor esencial que los Estados han de salvaguardar y proteger.

En España, a pesar de que la evolución que el sistema de seguridad social creado en 1942 puede considerarse positiva hasta el inicio de la transición democrática a finales de la década de los 70, no es hasta la promulgación de la Constitución española de 1978 que no se reconoce el derecho a la salud para todos los ciudadanos y se determina que serán los poderes públicos los responsables de su promoción y cuidado. La promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, vigente hoy tras más de 15



años de desarrollo, ha permitido al poner en pie un verdadero SNS con cobertura universal, financiación por impuestos y orientación integral, que ha permitido conseguir que hoy sea realidad que la salud se considere como un bien esencial.

El desarrollo de los servicios así como de los innumerables programas que los servicios sanitarios públicos prestan en sus respectivas carteras de servicios, así lo atestiguan de manera evidente y cotidiana.

## D.2. Papel de los servicios sanitarios en la sociedad actual

En este sentido, los servicios sanitarios prestan en la actualidad un servicio de un alto valor a la sociedad; varias son las claves que caracterizan el papel que actualmente tienen los servicios sanitarios en la sociedad.

Así pueden señalarse las siguientes, entre otras:

- La contribución positiva a la mejora de la esperanza de vida al nacer.
- La aportación realizada al notable incremento de los niveles de equidad en la población.
- La contribución positiva a la disminución de causas de muerte en numerosas enfermedades en las que tradicionalmente los éxitos de la medicina habían sido menos relevantes.
- La contribución positiva a la evolución de la morbilidad relativa a numerosas patologías (especialmente las de carácter infeccioso, las infantiles y las relacionadas con la maternidad).
- El desarrollo positivo de líneas de investigación sanitaria cuyo beneficio potencial sobre la salud es siempre positivo.

Otras aportaciones de los servicios sanitarios en la sociedad actual se refieren a la colaboración que en ocasiones se realiza desde el sector salud con otros sectores para el desarrollo conjunto de acciones favorable a la salud de los ciudadanos; en este sentido pueden citarse áreas de trabajo tales como las de ciudades saludables, sanidad ambiental y su contribución indirecta para que la industria del turismo sea más atractiva y competitiva, prevención y actuación frente a los accidentes de tráfico, prevención y actuación ante drogodependencias o programas de carácter sociosanitario.

En este sentido, debe señalarse que aún siendo muy relevante el papel de los servicios sanitarios en la contribución a la mejora de la salud de la población, no ha de olvidarse que la eficacia de sus actuaciones frente a determinados problemas de salud está en muchas ocasiones condicionada por la elaboración de políticas y programas de salud que consideren acciones intersectoriales que incrementen las posibilidades de eficacia de los programas y la actividades que se desarrollen.

### D.3. Papel del Estado

En este contexto, resulta ya evidente el papel y la contribución del Estado ya que no sólo el hecho de que sea un mandato constitucional para los poderes públicos el proteger y promover el derecho a la salud de los ciudadanos, sino que también el enorme desarrollo de los servicios sanitarios públicos ha sido una aportación fundamental para hacer realidad la favorable situación actual en términos de niveles de salud y de equidad de la que disfruta la sociedad española.

El Estado hoy, una vez culminado el proceso de transferencias de los servicios sanitarios que se gestionaban en el INSALUD, tiene un papel fundamentalmente referido a la coordinación de las acciones y a generar la necesaria cooperación entre Administraciones públicas para que sea posible que los derechos de los ciudadanos sean iguales en cualquier parte del territorio.

La alta inspección, la financiación equitativa y suficiente del SNS, la corrección de las desigualdades, la determinación de las prestaciones básicas o la puesta en pie de un sistema de información común que entre otras cuestiones, favorezca políticas de calidad y de acreditación de servicios o establecer garantías para la libre circulación de profesionales son algunas de las tareas que el Estado ha de desarrollar coherente y coordinadamente con las Administraciones autonómicas.

El marco legal que determina el papel del Estado se refiere fundamentalmente a la Constitución española, los Estatutos de Autonomía, la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley del Medicamento de 1990 y las Leyes autonómicas de salud.

En la actualidad, tras el traspaso del INSALUD a las 10 Comunidades Autónomas que tenían pendiente la asunción de esta responsabilidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha anunciado la elaboración de una Ley de Coordinación del SNS que

abordará las funciones y competencias del Gobierno central y los mecanismos de coordinación con las Comunidades Autónomas en materia sanitaria.

#### D.4. Papel de los profesionales médicos en general y de los especialistas en particular en el contexto de la Organización Sanitaria

En general, para el conjunto de profesionales de la sanidad, debe considerarse que su gran cualificación les atribuye un papel esencial en la organización. De hecho, en términos de análisis organizacional, debe señalarse que las organizaciones sanitarias, (los hospitales, los centros de salud) son organizaciones profesionales.

Esta cuestión, confiere a las organizaciones sanitarias una serie de características que vienen determinadas por la capacidad de expertos que cualifican a los profesionales sanitarios en general y a los facultativos en particular.

Así, como se ha señalado, los facultativos son profesionales expertos en su área de conocimientos lo cual determina la existencia de asimetrías de información entre profesionales y pacientes así como entre profesionales y gestores. Asimismo, la cualificación profesional de los facultativos, les confiere una gran capacidad para tomar decisiones clínicas que (desde el punto de vista de la gestión) suponen capacidad de asignación de recursos; ello, en el contexto actual de búsqueda de eficiencia, es de una enorme importancia.

Es por esto que en la actualidad, en los servicios sanitarios europeos se exige que para ser eficaces y eficientes en el uso de los recursos sanitarios, los profesionales tengan autonomía y responsabilidad en el trabajo clínico con el mayor enfoque posible a la excelencia clínica y por tanto, a la medicina basada en la evidencia.

En definitiva, los facultativos están llamados a ejercer un papel esencial en el desarrollo de los servicios sanitarios dada su cualificación y su carácter experto. Ciertamente, ello exige un esfuerzo de su parte para conseguir hacer realidad su potencial en la contribución positiva a la salud de la sociedad y así, es evidente la necesidad de actualización continua de conocimientos y habilidades profesionales dada la continua evolución del conocimiento científico y la aparición de nuevas tecnologías. Asimismo, es necesario que los profesionales de la medicina contribuyan al trabajo coordinado

en el interior de los equipos profesionales multidisciplinares que componen los centros de salud (en el ámbito de la Atención Primaria) y los servicios clínicos (en el ámbito de la Atención Especializada); ello permitirá mayor eficacia en las acciones de estos equipos profesionales en beneficio de la salud de los pacientes y ciudadanos.

Finalmente, la participación en la gestión de los servicios de salud enmarcada en las estrategias de gestión clínica y de gestión por procesos, es otra tarea a realizar con más ahínco cara al futuro inmediato dada su orientación hacia el paciente y su fundamento en lo que se entiende por medicina basada en la evidencia.

## D.5. Coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

Es poco discutible hoy que hablar de coordinación e integración de niveles asistenciales es requisito para hablar de calidad en la atención sanitaria; entre otras razones, porque las medidas que realmente contribuyan a hacer tangible la coordinación y la integración de los niveles asistenciales para la respuesta a determinadas enfermedades, ponen al paciente y a sus problemas de salud en el centro de las actuaciones del sistema sanitario haciendo que los recursos asistenciales y tecnológicos de la sanidad se organicen en beneficio de los pacientes y los ciudadanos.

Y la calidad en la atención sanitaria que se consigue cuando los niveles asistenciales actúan coordinadamente e integrados, genera un argumento importante para ser usado también como elemento favorecedor de la satisfacción profesional. Concepto éste de enorme trascendencia y que suele beneficiarse de aquellas actividades profesionales y medidas organizativas que contribuyen a hacer real que la actividad asistencial y preventiva sea de la máxima calidad posible tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada.

Por tanto, puede afirmarse que la coordinación e integración de los niveles asistenciales es necesaria para un buen funcionamiento de los servicios sanitarios, y éste buen funcionamiento está en función del cumplimiento de dos premisas básicas:

Primera: cada nivel de atención debe disponer del personal y la dotación de tecnología apropiada para prevenir, afrontar y resolver "in situ" los problemas de salud para cuyos fines ha sido creado. La tecnología incluye, las instalaciones y los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación necesarios para cumplir con ca-

lidad las funciones de cada nivel asistencial. Y la dotación de esta tecnología debe revisarse con suficiente agilidad como para incorporar las mejoras y los avances que el tiempo ponga a disposición del trabajo de los sanitarios. En este sentido, las estrategias de gestión por procesos que la Consejería de Salud ha puesto en marcha recientemente, suponen una contribución enormemente esperanzadora y positiva para la coordinación.

Segunda: cada nivel de atención debe disponer de suficiente capacidad de actuación coordinada para garantizar la transferencia y resolución de aquellas enfermedades y problemas de salud que requieren de la participación de servicios de otro nivel de complejidad diferente.

Este es el caso de procesos cuya actuación se ha iniciado en el nivel de Atención Primaria y que con posterioridad requieren de actuaciones complementarias en el nivel especializado o de aquellos otros cada vez mas frecuentes (cirugía mayor ambulatoria y otras patologías), que tras ser atendidos en este nivel requieren cuidados, tratamiento o rehabilitación en el nivel de Atención Primaria de salud. En ambos casos, la ausencia de coordinación e integración afecta a la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los servicios sanitarios y por tanto, a la calidad de la atención.

En otras palabras, hay que dotar convenientemente de recursos a cada uno de los niveles asistenciales y hay que orientar sus servicios hacia la coordinación y transferencia de casos eficaz y eficiente en la línea de la gestión por procesos asistenciales.

Pero es evidente que la actual cultura profesional y organizativa de los servicios sanitarios orienta y empuja en el camino contrario al de la coordinación y a la integración de los niveles asistenciales. Es tal la separación que existe entre los recursos y los objetivos asistenciales cotidianos de cada nivel asistencial que, puede afirmarse que los hospitales y los centros de salud aparecen como mundos organizativos diferentes y en ocasiones, enfrentados.

¿Qué hay que hacer entonces? En una época donde el concepto de medicina basada en la evidencia afortunadamente está haciendo que de manera paulatina los servicios sanitarios incorporen esquemas de trabajos basados en este enfoque con la determinación, difusión y uso de guías de práctica clínica, las patologías anteriormente citadas han de ser tributarias del uso de guías de práctica clínica que contemplen las actividades a realizar por parte de los profesionales de ambos niveles de atención a fin de conseguir una atención de calidad.

Por tanto, el camino del impulso de la gestión clínica y de la gestión por procesos está claro que debe ser recorrido para avanzar en el objetivo de prestar atención sanitaria de manera coordinada entre los servicios de ambos niveles asistenciales.

Además de esto, hay que vincular de manera real la realización de actividades conjuntas y coordinadas de los servicios y de los profesionales de ambos niveles en los contratos de gestión que se desarrollen.

De lo que se trata es de elaborar alternativas organizativas que determinen con claridad de quién es la responsabilidad y a quién hay que reclamar esfuerzos mayores ante la ausencia de coordinación entre ambos niveles asistenciales. El establecimiento de objetivos de salud y de asistencia que vinculen a ambos niveles y de cuyo cumplimiento se deriven incentivos financieros y de otro tipo para los profesionales y los servicios de ambos niveles es algo que probablemente sea más utilizado en el futuro.

Las posibilidades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras que las nuevas tecnologías y los avances científicos ponen a disposición de los servicios sanitarios y de sus profesionales hacen pensar que será necesario redefinir las actuales fronteras y criterios de delimitación de los niveles asistenciales y sus actuales capacidades de actuación. Al tiempo, las nuevas tecnologías de comunicación permiten abrir nuevos espacios y nuevos escenarios para la interrelación de los profesionales de ambos niveles en beneficio de los pacientes.

Unido a lo anterior, medidas que favorezcan un cambio cultural y de valores se hacen estrictamente necesarias; considerar que la acción del sistema sanitario es una suma de actividades de centros y servicios que alguna vez se ponen de acuerdo de manera casi accidental es algo que ha de superarse. El papel y el valor profesional y social de los hospitales y de los especialistas no puede ser considerado superior al de los centros de Atención Primaria y los médicos de familia, si queremos que no haya trabas culturales a la coordinación. Y las universidades, los profesionales, la sociedad y los medios de comunicación han de contribuir a cambiar esta consideración de efectos negativos para la coordinación y la integración de niveles.

# parte 4

guía  
para la elaboración de una  
Memoria  
profesional del personal facultativo médico de  
Andalucía

## ESTILO DE REDACCIÓN DE LA MEMORIA

■ *Manuel Bobenrieth Astete* ■

Uno de los aspectos que se debe cuidar de forma especial en la redacción de la Memoria Profesional es el estilo de redacción. La lengua escrita tiende a ser formal y estática y en ella se representan los enunciados, conceptos y pensamientos. La lengua escrita es relativamente complicada por la ortografía, las normas morfológicas y las normas sintácticas. La norma, que supone la distinción entre usos correctos e incorrectos es objeto de la gramática normativa.

La lengua escrita del profesional tiende a ser lengua culta, modalidad de la lengua empleada por las personas educadas a un nivel normal, estándar; utilizan normas gramaticales de estilo y uso de léxicos que gozan de prestigio y funciona como modelo de corrección. No tiene cabida aquí el lenguaje vulgar ni el lenguaje preciosista.

La terminología científica no admite la polisemia ni la sinonimia, es denotativa y huye de la connotación y de las figuras literarias.

Desde un punto de vista formal la comunicación con la Administración (como sucede en el caso de la redacción de la Memoria Profesional) se ha caracterizado por la existencia de un lenguaje dotado de recursos y de formulas singulares, lo cual ha creado una “nueva prosa burocrática”. El profesional debe conocer este “lenguaje administrativo”, el cual debe adaptarse convenientemente según sea el destinatario del documento específico.

## Las reglas de redacción

Saber redactar es muy importante en todas las edades y circunstancias, muy especialmente en el trabajo profesional. Sin embargo y a pesar de su innegable primacía, la redacción es un “objeto misterioso” sin tradición didáctica propia.

La inmensa mayoría de los profesionales que escriben y publican afrontan la redacción como autodidactas, con el mérito y las limitaciones que esto conlleva. Aprender a redactar significa, además, adquirir gradualmente la capacidad de hacerlo.

### Tener un plan

La primera regla de redacción es tener un plan. La espera de la inspiración cuando no está asociada a un razonamiento activo sobre el trabajo se resuelve habitualmente en una pérdida de tiempo. Planificar significa aclarar, por una parte, los objetivos y las características de la redacción y, por otra parte, distribuir el tiempo de que se dispone.

El primer aspecto, las características de la redacción, se refiere a una serie de puntos sobre los cuales es necesario aclarar las ideas antes de empezar a trabajar, si bien todos no tienen la misma importancia:

- El destinatario
- La finalidad del escrito
- El género textual
- El papel de quien escribe
- El objetivo específico del texto
- La extensión del escrito (en este caso, inferior a 10 folios DIN A4)
- Los criterios de evaluación

El segundo componente, la distribución del tiempo disponible, suele ser en general limitado. Por increíble que parezca, hay gente que logra disponerse a trabajar sólo cuando está bajo presión porque se aproxima el vencimiento del plazo.



## Ordenar las ideas

---

La segunda regla es ordenar las ideas. Una composición se realiza a través de dos fases fundamentales: una en la que se producen las ideas y otra en la que se produce el texto. La fase de producción de las ideas que algunos llaman *preescritura*, incluye el conjunto de todas las operaciones que se realizan antes de escribir el desarrollo mismo del texto. Incluye, asimismo, la recogida de la información.

## La revisión del contenido

Consiste en un proceso global que requiere una comprensión del texto. A continuación se proponen algunos principios – guía para la revisión del contenido:

- 1. La tesis (proposición que se sustenta con razonamiento) debe aparecer precozmente en el escrito con claridad y con facilidad.
- 2. Cada párrafo debe presentar una idea principal; si el texto está bien escrito tiene que ser posible sintetizar cada uno de los párrafos mediante un par de palabras o de una frase breve.
- 3. Cuando esto no es posible se debe a que no se encuentra la idea principal, o porque se encuentra más de una. Esto quiere decir que el párrafo aún no ha sido bien enfocado. Cuando en un mismo párrafo se expresan dos ideas principales importantes, se debe intentar escribir dos párrafos diferentes en lugar de uno.
- 4. Los supuestos fundamentales de los razonamientos deben ser explícitos, es necesario asegurarse de que todos los supuestos (premisas) importantes del razonamiento que el autor da por descontados son realmente conocidos por el lector.
- 5. Los ejemplos deben ser pertinentes y suficientes; el agregado de ejemplos y detalles para reforzar una idea es una operación fácil y eficaz, siempre que no se pierda de vista la génesis de la idea. Caso contrario, la afirmación será genérica y poco convincente.
- 6. La síntesis y las conexiones (transiciones) deben guiar al lector: el lector necesita que se le ayude a seguir el hilo del discurso. Para ello es útil sintetizar explícitamente lo escrito y anticipar lo que se leerá a continuación. Lo primero se ayuda con la capacidad de síntesis; lo segundo con el uso de conexiones (transiciones) entre razonamientos.

- 7. La atención del lector debe mantenerse viva; el texto debe tener fuerza para atraer, debe despertar interés y agrado en los demás.
- 8. Debe tener “garra”, es decir, debe ejercer un fuerte poder de atracción, de convicción y persuasión.
- 9. Evitar las asimetrías. En vez de coordinar un adverbio y un sustantivo, usar dos adverbios o dos sustantivos.
- 10. Evitar los errores de sintaxis. Los errores de sintaxis, demasiado frecuentes entre los profesionales de la salud, son fundamentalmente la falta de concordancia entre sujeto - verbo y el cambio de sujeto. En el primer caso, el verbo no está en concordancia con el sujeto gramatical. En el segundo caso, el cambio de sujeto se produce cuando un elemento de la frase no está unido sintácticamente al resto; ante esta situación es necesario reorganizar la frase de modo que aparezca la unión que falta.

## El párrafo en el texto

### La oración gramatical

---

El primer paso para llegar a redactar un texto es expresar las ideas por medio de oraciones gramaticales y, por ello, puede contener un pensamiento suficientemente acabado. La oración consiste en una palabra o conjunto de palabras que expresa un sentido gramatical completo.

La sintaxis es la parte de la gramática que estudia el modo en que se relacionan los elementos oracionales. Uno de los problemas a la hora de redactar es el orden oracional; en efecto, los elementos oracionales pueden relacionarse según un orden lógico o un orden psicológico.

De acuerdo con el orden sintáctico lógico de la oración en español, el sujeto ocupa el primer lugar y a continuación sigue el predicado. Además dentro del sujeto y del predicado rige una disposición interna.

El orden sintáctico psicológico es una modificación de la sintaxis lógica ya sea por la alteración del orden de los elementos oracionales o por la supresión de alguno

de ellos. El orden psicológico incorpora un juicio de valor: el elemento que ocupa el primer lugar de la oración es aquel que, por determinadas razones, posee más valor para quien escribe la idea. La construcción de acuerdo al orden psicológico confiere gran expresividad al escrito; sin embargo, si se exagera, el mensaje puede llegar ser incomprensible.

### **Características, estructura y estilo del párrafo**

Las oraciones que forman un texto están agrupadas en párrafos. El párrafo es la menor unidad con sentido completo y total independencia sintáctica en que se puede dividir un texto para su análisis. Cada párrafo está separado de los restantes que integran un texto por punto y aparte

### **Algunas expresiones de transición o conexión**

Las transiciones son palabras o conjuntos de palabras que marcan la relación entre las ideas. Se utiliza para pasar de una manera más o menos rápida de una prueba, idea o materia a otra en discursos o en escritos

Las transiciones se suelen agrupar según el tipo de relación que pretenden marcar entre las oraciones:

- 1. Para indicar finalidad: a fin de que, con la finalidad de, con objeto de, para, para que, a efectos de.
- 2. Para indicar ilustración o ejemplificación: por ejemplo, a manera de ejemplo, a propósito, en efecto, efectivamente, por cierto, para ilustrar, es más, en otras palabras, pongamos por caso, es decir.
- 3. Para indicar adición o agregación: además, más, y, por añadidura, también, asimismo, por otra parte, más aun, en primer lugar (...) en segundo lugar (...) en tercer lugar, otra vez, de nuevo, igualmente, de la misma forma.
- 4. Para indicar contraste y concesión: sin embargo, no obstante, pero, por una parte (...) y por otra, por otra parte, por un lado (...) y por otro, aún cuando, aun-

que, en contraste, por el contrario, a pesar de, en lugar de, si bien es cierto (...) no es menos cierto, a la inversa, de otra manera, en cambio.

- 5. Para indicar efecto o consecuencia: en consecuencia, a causa de, a consecuencia de, por esto, por consiguiente, consiguientemente, por tanto, por lo tanto, por lo que, luego, por lo que sigue.
- 6. Para indicar comparación: de igual manera, de la misma manera, igualmente, igualmente importante, asimismo, como, cual, más que, menos que, frente a, comparado con.
- 7. Para indicar relación temporal: mientras, mientras tanto, mientras que, en cuanto, tan pronto como, lo antes posible, cuanto antes, en aquel tiempo, en tal tiempo.

## Algunas reglas de buena escritura

- 1. El párrafo es la unidad estructural del texto formada por una oración o una serie de oraciones que forman un bloque temático unitario y homogéneo. La división acertada de un texto en párrafos facilita la lectura y la comprensión.
- 2. El párrafo es una unidad semántica del escrito, pero su extensión no es fácil de establecer. Sin embargo los escritos modernos prefieren los párrafos cortos frente a párrafos extensos por razones de comprensión, de visión y de facilidad de lectura.
- 3. Lo simple es preferible a lo complejo. Atenerse a un lenguaje sencillo para no confundir al lector. Escribir simple y claramente no es fácil, pero es posible.
- 4. El lenguaje sencillo es siempre el mejor porque es concreto en lugar de abstracto; corto en lugar de largo; familiar en lugar de extraño; directo en lugar de circunloquio; económico en lugar de florido.
- 5. Las palabras innecesarias han de evitarse, ya que, lejos de agregar significado, contribuyen a confusión, cansancio y fastidio: El estilo conciso es siempre preferible al estilo frondoso, farragoso.

- 6. Los verbos deben implicar acción para mantener vivo el interés del lector. La escritura debe ser activa, no pasiva, para lo cual se requiere utilizar verbos transitivos cuyo complemento directo esté a la vista.
- 7. La escritura se facilita utilizando un tono de conversación. Ello requiere ordenar las ideas expresarlas con algún orden lógico-psicológico, tal como cuando hacemos una presentación profesional en público: apertura (introducción), desarrollo (cuerpo) y cierre (conclusión).
- 8. El uso de términos que el lector pueda representar, imaginar, ayuda a la comprensión del mensaje. A veces una metáfora bien seleccionada o una ilustración pertinente puede servir a éste propósito.
- 9. El enlazar el escrito con la experiencia del lector mediante un ejemplo o un caso de la vida real invita inconscientemente al lector a pensar en sus propios ejemplos.
- 10. El uso de una variedad de medios visuales mantiene interesado y despierto al lector y ayuda a quebrar la lectura monótona de largos trozos de texto. Ilustraciones, recuadros y otros dispositivos agregan comprensión al escrito.
- 11. La escritura debe ser fresca, directa y bien construida. Tanto la elección de las palabras como la forma en que se ponen juntas definen el estilo, el cual a su vez, cubre balance, énfasis y tono.
- 12. Se debe escribir para expresar, no para impresionar. Este punto es fundamental ya que la meta de un documento, sea que se dirija a la administración pública o la comunidad académica, no es mostrar cuan listo e inteligente es el autor sino cuan capaz es de comunicar sus ideas.

## Bibliografía

- Alonso V, Blanco A. *Dirigir con calidad total*. Madrid: ESIC, 1990.
- Consejería de Salud. *Contrato programa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud 1998*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1998.
- Consejería de Salud. *Dirección General de Salud Pública y Participación. II Plan Andaluz de Salud*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1999.
- Consejería de Salud. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
- Consejería de Salud. *Memoria 1999 Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2001.
- Consejería de Salud. *Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2000.
- Consejería de Salud. *Servicios de Información y Evaluación. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 1999*. Sevilla: Junta de Andalucía, 2000.
- Durán Moreno A, López Fernández L, Manuel Keenoy E, et al. *Políticas de salud y escenarios futuros de la Atención Primaria*. Documento de revisión resultado del Seminario concertado con la SEMF y C Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura. *Guía de formación de especialistas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Cultura, 1995.
- García Palomeque JC, Jiménez Martín JM, et al. *Guía para la elaboración de la memoria y la realización de la entrevista. Personal facultativo de Atención Especializada*. Sevilla: MAD, 2002.

- García Palomeque JC, Jiménez Martín JM, et al. *Guía para la elaboración de la memoria y la realización de la entrevista. Personal facultativo de Atención Primaria*. Sevilla: MAD, 2002.
- Herrera-Carranza M, et al. *Guía para instaurar un plan de calidad en un servicio hospitalario*. Huelva: Hospital Juan Ramón Jiménez, 1997.
- Lázaro P, Fitch K. *Calidad asistencial y uso apropiado de procedimientos médicos*. Madrid: Instituto Carlos III, 1997.
- Lewis JR. Opinión del paciente sobre la calidad de la asistencia en la medicina general: una revisión bibliográfica. *Social Science & Medicine*, 1994; 39 (5): 655-70.
- Marquet-Palomer R, Avellana-Revuelta E, Davins-Miralles J. La calidad en Atención Primaria de Salud: nuevas perspectivas. La planificación de la calidad. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 1994; 1 (1): 7-18.
- Navarro C, Cabaes JM, Tormo MJ. La salud y el sistema sanitario en España. En: *Informe SESPAS 1995*. Barcelona: S.G. Editores, 1995.
- Peña D, Prat A. *Cómo controlar la calidad*. Madrid: IMPI, 1990.
- Rey del Castillo J. *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- Saturno PJ, Quintana O, Varo J. ¿Qué es la calidad? En: *Calidad asistencial en Atención Primaria*. Ed. Du Pont Pharma, 1997: 19-45.
- Servicio Andaluz de Salud. Centros. 5 marzo de 2002. <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Servicio Andaluz de Salud. Líneas estratégicas. En: Plan Estratégico. Una propuesta de gestión pública diferenciada. 5 marzo de 2002. <http://www.sas.junta-andalucia.es/planestrategico/inicio.html>
- Servicio Andaluz de Salud. Objetivos y medidas [en línea]. En: Plan Estratégico. Una propuesta de gestión pública diferenciada. 5 marzo de 2002. <http://www.sas.junta-andalucia.es/planestrategico/inicio.html>

- Servicio Andaluz de Salud. Ordenación. En: Organización [en línea]. 5 marzo de 2002 <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Servicio Andaluz de Salud. Personal. En: Organización [en línea]. 5 marzo de 2002 <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Servicio Andaluz de Salud. Profesionales [en línea]. 5 marzo de 2002 <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Servicio Andaluz de Salud. Retos [en línea]. En: Plan Estratégico. Una propuesta de gestión pública diferenciada. 5 marzo de 2002. <http://www.sas.junta-andalucia.es/planestrategico/inicio.html>
- Servicio Andaluz de Salud. Servicios [en línea]. 5 marzo de 2002 <http://www.sas.junta-andalucia.es>
- Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1994



## Normas jurídicas citadas

Acuerdo de 3 de octubre de 1995, del Consejo de Gobierno, por el que se autoriza la suscripción de un Convenio-Marco entre las Consejerías de Salud y Educación y Ciencia y las Universidades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga Sevilla, para la utilización de las Instituciones Sanitarias en la investigación y la docencia.

- Código Civil Español (R.D. de 24 de julio de 1889)
- Código de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial
- Convenio Internacional para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, con respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina
- Decreto 105/1986, de 11 de junio, sobre Ordenación de la Asistencia Especializada y Órganos de Dirección de los Hospitales
- Decreto 128/1997, por el que se regula la libre elección de médico especialista y hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Decreto 174/2001, de 24 de julio, por el que se establecen las normas reguladoras del Consejo Andaluz de Salud. BOJA número 14. Sevilla, 23 de agosto de 2001
- Decreto 195/1995, de 28 de agosto, de Ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud de Andalucía
- Decreto 195/1998, de 13 de octubre, Resolución del 9 de noviembre de 2000 y Orden de 1 de julio de 2000, que regulan las prestaciones ortoprotésicas en Andalucía
- Decreto 209/2001, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía
- Decreto 260/2001, de 27 de noviembre, por el que se adaptan las retribuciones de determinado personal de Atención Primaria a la tarjeta sanitaria individual y a la libre elección de médico

- Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, que aprueba el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social
- Decreto 35/1981, de 22 de junio, de asignación de competencias de gestión de la sanidad a la Consejería de Salud y Consumo
- Decreto 4.011/1984, de 29 de febrero, de asignación de competencias de gestión de la sanidad a la Consejería de Salud y Consumo
- Decreto 462/1996, de 8 de octubre por el que se modifica el Decreto 105/1986
- Decreto 60/1999, de 9 de marzo, sobre la libre elección de médico general y pediatra
- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE 24/11/1995, número 281, pág. 33.987; correcciones: BOE 2/03/1996, número 54, pág. 8.401)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE número 102. Madrid, 29 de abril de 1986)
- Ley 16/2001, de 21 de noviembre por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. (BOJA número 74. Sevilla, 4 de julio de 1998)
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento
- Ley 30/1979, de 27 de octubre, de extracción y trasplante de órganos
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida

- Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos
- Ley 5/1983, de 19 de julio, Ley General de la Hacienda Pública de la Comunidad Autónoma de Andalucía
- Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Modificada por la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio y por la Ley 31/1991, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1992
- Ley 8/1986, de 6 de mayo, de creación del Servicio Andaluz de Salud
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, que regula la Interrupción Voluntaria del Embarazo
- Orden 1185 de 30 de abril de 1997, listado de trastornos metabólicos congénitos, de hidratos de carbono y aminoácidos
- Orden 428/1996, de 18 de enero, prótesis quirúrgicas fijas y su renovación
- Orden de 1 de septiembre de 1993, por la que se regula el programa de formación en centros de trabajo para alumnos de Formación Profesional y Enseñanzas de Artes Plásticas y Diseño
- Orden de 2 de septiembre de 1985 por la que se aprueba el reglamento general de organización y funcionamiento de los centros de Atención Primaria en Andalucía
- Orden Ministerial de 19 de diciembre de 1983, que regula las Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria
- Proyecto de Acuerdo Específico por el que la Consejería de Salud y Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, conforme a la estipulación novena del Convenio Marco firmado por ambas Consejerías el 4 de marzo de 1997, colaborarán en la realización del Programa de Formación en Centros de Trabajo para los alumnos y alumnas de Ciclos Formativos de Formación Profesional Específica de la Familia de Sanidad. 18/3/1998

- Real Decreto 1.021/1984, de 30 de mayo, de traspaso de competencias, funciones y servicios en materia de sanidad
- Real Decreto 1.118/1981, de 29 de abril de traspaso de competencias, funciones y servicios en materia de sanidad
- Real Decreto 127/1984, de 12 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista
- Real Decreto 1417/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Medicina y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél
- Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias. Modificado por Real Decreto 1652/1991 de 11 de octubre
- Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos
- Real Decreto 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad social, la salud y el empleo
- Real Decreto 400/1984, de 22 de febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud
- Real Decreto 598/1985, de 30 de abril, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD

- Resolución 20/93, de 10 de agosto de la Dirección General de Gestión de Recursos. Régimen de asistencia a actividades externas de formación y perfeccionamiento profesional del personal del Servicio Andaluz de Salud
- Resolución 21/93, de 10 de agosto de la Dirección General de Gestión de Recursos. Organización de actividades internas de formación en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud

# Abreviaturas y siglas utilizadas

- AH: Ayuda Humanitaria
- AP: Atención Primaria
- APD: Asistencia Pública Domiciliaria
- ATM: Articulación Temporomandibular
- ATS: Auxiliar Técnico Sanitario
- AVD: Actividades de la Vida Diaria
- BOE: Boletín Oficial del Estado
- BOJA: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
- CEE: Comunidad Económica Europea
- CEGES: Centro de Gestión de Sistemas y Tecnologías
- CEIS: Centro de Información y Servicios al Ciudadano
- CID: Cooperación Internacional para el Desarrollo
- CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
- EAP: Equipos de Atención Primaria
- ECC: Electrocardiograma
- EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria
- EGB: Enseñanza General Básica
- EP: Enseñanza Primaria
- EPES: Empresa Pública de Emergencias Sanitarias
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria
- ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
- FAISEM: Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental
- FEA: Facultativo Especialista de Área (Médico Adjunto)
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- INP: Instituto Nacional de Previsión
- INR: *International Normalized Ratio*
- INSALUD: Instituto Nacional de Salud
- IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
- MAP: Ministerio de las Administraciones Públicas
- MBE: Medicina Basada en la Evidencia
- MESTO: Médico Especialista Sin Título Oficial
- MIR: Médico Interno Residente
- OCFA: Obstrucción Crónica al Flujo Aéreo
- OMC: Organización Médica Colegial

- OMD: Oclusio Mesio Distales
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPE: Oferta Pública de Empleo
- ORL: Otorrinolaringología
- PIB: Producto Interior Bruto
- RCT: *Randomized Clinical Tests*
- SAS: Sistema Andaluz de Salud
- SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía
- TASS: Tarjeta de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
- UDVP: Usuarios de Drogas por Vía Parenteral
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana
- ZBS: Zonas Básicas de Salud